

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



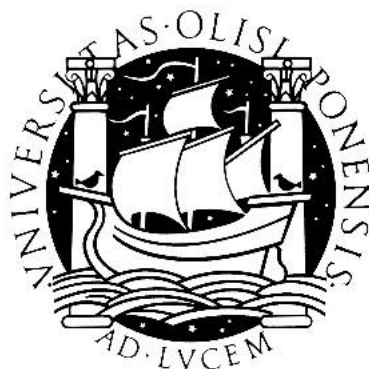
**IMPACTO DA IDADE MATERNA NA RELAÇÃO QUE A MÃE ESTABELECE COM O SEU  
BEBÉ**

**Cátia Filipa da Silva Martins**

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde – Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2012

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**IMPACTO DA IDADE MATERNA NA RELAÇÃO QUE A MÃE ESTABELECE COM O SEU  
BEBÉ**

**Cátia Filipa da Silva Martins**

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor  
João Manuel Rosado de Miranda Justo**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde – Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2012

## Agradecimentos...

*A todos que acreditaram e àqueles que ajudaram na realização deste que foi um grande projecto de aprendizagem e realização pessoal.*

*Aos meus pais que sonham sempre mais alto.*

*Um obrigado muito especial ao Dr. Prof. João Justo por nunca ter desistido.*

Este estudo procura avaliar a contribuição da idade materna para o estabelecimento de relação emocional entre a mãe e o seu bebé nos primeiros dias da sua vida. Para esse efeito, foram utilizados dois instrumentos: um Questionário Sócio-Demográfico (desenvolvido para o presente estudo) a partir do qual se pode determinar, para além de outras informações, a idade materna (variável independente) e a “Escala de Ligação Mãe-Bebé” (adaptação da “*Mother-to-Infant Bonding Scale*” [Taylor et al., 2005] e da “*Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé*” [Figueiredo et al., 2005]) que permite operacionalizar o “bonding” (variável dependente). O primeiro instrumento permitiu ainda recolher outras informações relevantes, quanto a dados sociais, demográficos, da história ginecológica e obstétrica e dados referentes à vivência da gravidez e do parto que contribuem para a explicação do “bonding”. Verificou-se, numa primeira fase, que o “Bonding Rejeitante”, em mães com idades compreendidas entre os 27 e os 35 anos é significativamente mais elevado do que em mães com idade igual ou inferior a 26 anos. Relativamente ao tipo de “bonding” “Aceitante” e “Desanimado”, os valores encontrados, não foram significativos. Assim, nenhuma das três primeiras hipóteses é corroborada pelos resultados obtidos neste estudo. No entanto, as mães com idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos parecem apresentar mais dificuldades em estabelecer uma relação emocional saudável. Quanto à hipótese em que se previa que a idade dá um contributo significativo para a explicação da variância da variável dependente, esta é apenas confirmada pelos resultados no que diz respeito ao “bonding” do tipo “Rejeitante”. Finalmente, verificamos que, dentro das variáveis a controlar, as variáveis “Duração da gestação”, “Número de gravidezes anteriores”, “Número de gravidezes interrompidas”, “Estatuto ocupacional” (da mãe), “Comprimento” e “Peso” do recém-nascido contribuem para um aumento significativo da percentagem da variância explicada pelo “bonding”.

**Palavras-Chave:** Mãe, Recém-nascido, “Bonding”, Maternidade tardia.

This investigation aims to assess the contribution of maternal age for the establishment of the emotional relationship between mother and baby during the first days of his life. To this end, we used two instruments: a Socio-Demographic Questionnaire (developed for this study) from which one we can determine, in addition to other information, maternal age (independent variable) and “Escala de Ligação Mãe-Bebê” (adjustment of *Mother-to-Infant Bonding Scale*) [Taylor et al., 2005] and of “*Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebê*” [Figueiredo et al., 2005]) which enables to operationalize the "bonding" (dependent variable). The first instrument allowed also collect other relevant information with regard to data social, demographic, gynecological and obstetrical history and data concerning the experience of pregnancy and childbirth that contribute to the explanation of "bonding". It was observed, initially, that the "Bonding Rejeitante" in mothers aged 27 to 35 years is significantly higher than in mothers aged less than 26 years. The founded values, regard the type of “bonding” was not significant. None of three hypotheses was corroborated by the values of this study. However, mothers with 26 to 35 years seem to be more difficulties to establish an healthy relation with her baby. Regarding the hypothesis that predicted that age makes a significant contribution to explaining the variance of the dependent variable, this is only confirmed by the results with regard to the "bonding" type "Rejeitante". Finally, we found that, under the control variables, the variables "Duration of pregnancy", "Number of previous pregnancies," "Number of pregnancies interrupted", "occupational status" (of mother), "Length" and "Weight" of newborn contribute to a significant increase in the percentage of variance explained by "bonding".

**Key words: Mother, Infant, “Bonding”, Later motherhood.**

Introdução .....	11
1. Enquadramento Teórico .....	13
1.1. Desenvolvimentos Históricos e Conceptuais .....	13
1.1.1. A Importância Dada a Cada Elemento da Díade .....	13
1.1.2. “Bonding” .....	15
1.1.2.1. Quando se Estabelece? .....	19
1.1.2.1.1. “Bonding materno-fetal” .....	19
1.1.2.1.2. “Bonding materno-infantil” .....	20
1.1.2.2. Quem Intervém? .....	22
1.2. Maternidade .....	23
1.2.1. Dimensões Psicológicas .....	25
1.2.1.1. Decisão de Engravidar .....	25
1.2.1.2. “Processo de Separação” e “Existência do Bebê Enquanto Possibilidade” .....	26
1.2.1.3. “Preparação para a Maternidade” e “Aceitação da Realidade” .....	27
1.2.2. Dimensões Fisiológicas .....	29
1.2.3. Dimensões Sócio-Culturais .....	31
1.3. Determinantes Maternos .....	32
1.3.1. Saúde Mental .....	32
1.3.1.1. Depressão .....	32
1.3.1.2. Psicose .....	34
1.3.2. Personalidade .....	34
1.3.3. Estatuto Sócio-Económico e Educacional .....	35
1.3.4. Actividade Profissional .....	35
1.3.5. Apoio Social e Emocional/Relacionamento Conjugal .....	36
1.3.6. Abuso de Substâncias .....	37
1.3.7. Paridade e Experiência Prévia com Crianças .....	37
1.3.8. Representação Mental do Bebê .....	38
1.3.9. Circunstâncias Relativas ao Parto.....	38
1.3.9.1. Suporte Emocional .....	39

1.3.9.2. Tipo de Preparação e Participação na Decisão a Tomar .....	40
1.3.9.3. Local .....	41
1.3.9.4. Tipo de Parto .....	41
1.3.9.5. Intensidade da dor Durante o Trabalho de Parto e Logo a Seguir ao Parto .....	42
1.3.10. Contacto Precoce com o Bebé .....	44
1.3.11. Aleitamento Materno/Artificial .....	44
1.4. Determinantes do Recém-Nascido .....	45
1.4.1. Sexo .....	45
1.4.2. Maturidade, Peso e Estado de Saúde .....	46
1.4.3. Características Físicas .....	46
1.4.4. Temperamento .....	47
1.4.5. Deficiência Física, Sensorial e Mental .....	47
1.5. Maternidade Adiada .....	48
1.5.1. Aspectos Psicológicos .....	48
1.5.1.1. Processo de Separação .....	49
1.5.1.2. A Natureza Ambivalente de “Ser Mãe” .....	49
1.5.1.3. Aceitação da Perda .....	50
1.5.1.4. Relação com os Aspectos Físicos .....	50
1.5.2. Aspectos Existenciais .....	51
1.5.3. Associação com Outros Factores .....	51
1.5.3.1. Paridade .....	52
1.5.3.2. Gravidez gemelar .....	52
1.5.3.3. Gravidez de Um Único Bebé .....	52
1.5.3.4. Escolaridade .....	52
1.5.3.5. Gravidez Medicamente Assistida .....	53
2. Questão de Investigação e Hipóteses .....	54
3. Metodologia .....	55
3.1. Definição das Variáveis.....	55
3.2. Operacionalização das Variáveis: Instrumentos.....	55
3.2.1. Operacionalização da Variável Independente .....	55
3.2.2. Operacionalização da Variável Dependente.....	56

3.3. Hipóteses Específicas .....	57
3.4. Procedimentos: Selecção e Recolha da Amostra.....	58
4. Resultados .....	60
4.1. Descrição da Amostra .....	60
4.2. Descrição da Variáveis Psicométricas .....	67
4.3. Testagem das Hipóteses .....	69
4.3.1. Comparabilidade dos Grupos quanto às Variáveis a Controlar.....	69
4.3.2. Comparabilidade dos Grupos quanto à Variável Dependente.....	69
4.3.3. Outras Variáveis com Poder Explicativo em relação à Variável Dependente .....	71
4.3.3.1. Sub-Escala “Bonding Rejeitante” .....	71
4.3.3.1.1. Variável Independente “Número de gravidezes anteriores” .....	71
4.3.3.1.2. Variável Independente “Número de gravidezes interrompidas” .....	71
4.3.3.2. Sub-Escala “Bonding Aceitante” .....	71
4.3.3.2.1. Variável Independente “Número de gravidezes anteriores” .....	71
4.3.3.2.2. Variável Independente “Número de gravidezes interrompidas” .....	72
4.3.3.3. Sub-Escala “Bonding Desanimado” .....	72
5. Discussão dos Resultados e Conclusão .....	73
Bibliografia .....	75
Anexos	



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição da Variável “Idade Materna” .....	60
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Grupo Profissional das Mães – Frequências e Percentagem .....	61
<b>Tabela 2</b> – Nível Sócio-Económico – Frequências e Percentagens .....	62
<b>Tabela 3</b> – Grupo Profissional dos Companheiros – Frequências e Percentagens .....	62
<b>Tabela 4</b> – Tipo de Parto e Administração de Anestésicos – Frequências e Percentagens .....	63
<b>Tabela 5</b> – Consistência Interna das Sub-Escalas do Instrumento .....	68
<b>Tabela 6</b> – Análise da Variância através do Teste de Levene .....	70
<b>Tabela 7</b> – Análise do tipo de “bondig” em cada grupo etário – Frequências, Médias e Desvios-Padrão .....	70

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1</b> – Informação acerca da Participação no Estudo .....	82
<b>Anexo 2</b> – Consentimento Informado .....	84
<b>Anexo 3</b> – Questionário Sócio-Demográfico e Clínico .....	86
<b>Anexo 4</b> – Escala de “Bonding” .....	92
<b>Anexo 5</b> – Estatística Descritiva relativa à Divisão por Grupos Etários .....	95
<b>Tabela A1</b> – Comparação dos três grupos etários, relativamente às variáveis métricas – Frequências e Percentagens .....	96
<b>Tabela A2</b> – Comparação das dos três grupos etários, relativamente às variáveis categoriais – Frequências, Médias e Desvios-padrão .....	99
<b>Anexo 6</b> – Análise Factorial de Componentes Principais .....	100
<b>Tabela A3</b> – Matriz das componentes, após a extracção forçada de três factores e rotação Varimax .....	101
<b>Anexo 7</b> – Verificação da Consistência Interna das sub-escalas, através dos Alphas de Cronbach .....	102
<b>Tabela A4</b> – Valores da consistência interna da sub-escala “Bonding Rejeitante”, caso o item seja eliminado .....	103
<b>Tabela A5</b> – Valores da consistência interna da sub-escala “Bonding Rejeitante”, depois da eliminação do item “Ressentida” .....	103
<b>Tabela A6</b> – Valores da consistência interna da sub-escala “Bonding Aceitante”, caso o item seja eliminado .....	104
<b>Tabela A7</b> – Valores da consistência interna da sub-escala “Bonding Desanimado”, caso o item seja eliminado.....	104
<b>Tabela A8</b> – Valores da consistência interna da sub-escala “Bonding Desanimado”, depois da eliminação do item “Preocupada” .....	104
<b>Anexo 8</b> – Testes t para Analisar a Importância das Variáveis Quantitativas nos Três Grupos Etários .....	105
<b>Tabela A9</b> - Testes t simultâneos para duas amostras: comparação entre as mães dos três grupos etários .....	106
<b>Anexo 9</b> - Análise da Variância Multivariada (MANOVA) .....	107
<b>Tabela A10</b> - Pillai’s Trace, Wilks’ Lambda, Hotelling’s Trace e Roy’s Largest Root.....	108
<b>Tabela A11</b> - Tukey HSD.....	108

<b>Anexo 10 – Regressão linear múltipla .....</b>	<b>109</b>
<b>Tabela A12 – Valores da Regressão linear múltipla relativos à sub-escala “Bonding Rejeitante”; tendo em conta a Variável Independente “Número de gravidezes anteriores” .....</b>	<b>110</b>
<b>Tabela A13 – Valores da Regressão linear múltipla relativos à sub-escala “Bonding Rejeitante”; tendo em conta a Variável Independente “Número de gravidezes interrompidas” .....</b>	<b>112</b>
<b>Tabela A14 – Valores da Regressão linear múltipla relativos à sub-escala “Bonding Aceitante”; tendo em conta a Variável Independente “Número de gravidezes anteriores” .....</b>	<b>114</b>
<b>Tabela A15 – Valores da Regressão linear múltipla relativos à sub-escala “Bonding Aceitante”; tendo em conta a Variável Independente “Número de gravidezes interrompidas” .....</b>	<b>116</b>
<b>Tabela A16 – Valores da Regressão linear múltipla relativos à sub-escala “Bonding Desanimado”; tendo em conta a Variável Independente “Número de gravidezes anteriores” .....</b>	<b>118</b>
<b>Tabela A17 – Valores da Regressão linear múltipla relativos à sub-escala “Bonding Desanimado”; tendo em conta a Variável Independente “Número de gravidezes interrompidas” .....</b>	<b>120</b>

Toda a ciência que procura compreender o comportamento humano recai na questão de como e porquê o ser humano estabelece ligações afectivas e emocionais (Souza, 2005). Sabendo que as primeiras e mais determinantes ligações que o ser humano estabelece são com os pais, e embora a ligação da criança aos pais tenha sido largamente investigada, a forma como estes se envolvem emocional e afectivamente à criança assenta ainda em bases muito fluidas.

Embora, a mãe não seja sempre a figura central que se liga ao bebé e ao qual este se liga, quando falamos da interacção mãe-bebé está implícito que a mãe está presente. Segundo Souza (2005) o que se pode observar é que esta figura (de mãe – da maternagem) pode ser alguém que exerce o papel de mãe, ou seja, a ligação estabelece-se com uma figura disponível, independentemente de ser ou não a mãe biológica da criança. É importante ressaltar que, no corpo deste trabalho, falar-se-á em díade mãe-bebé.

Para nos falarem desta relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé, Klaus e Kennell (1976) introduziram o termo “*bonding*” (Figueiredo, 2003).

É, ainda, necessário ter presente que, quando utilizamos o termo relação/ligação afectiva/emocional ou *bonding*, remetemos para a um período em que, segundo Figueiredo (2001), ainda não existe uma verdadeira relação. Nas palavras da autora, trata-se de um momento antes de o bebé estar capaz de se separar da pessoa da mãe.

Desde finais da década de oitenta do século XX, o número de filhos por mulher em Portugal tem vindo a diminuir, verificando-se que o número de primeiros filhos passou a ser superior a metade do total de nados vivos. Também a idade em que as mulheres têm o primeiro filho tem vindo a aumentar: nos últimos anos, Portugal assistiu ao adiamento da idade média das mulheres à maternidade, sendo que, em 2002, a idade média destas mães era de 27 anos, passando em 2009 a ser de 28,6 anos. Um percurso idêntico foi verificado no respeitante à idade média da mãe aquando do nascimento de um filho que, em 2002, era de 29 anos e em 2009, de 30,3 anos (INE, 2008 e 2009).

Ainda que possamos olhar para as características do recém-nascido como uma circunstância determinante para a qualidade da interacção entre mãe e bebé, o “*bonding*” tem sido amplamente divulgado na literatura, como determinante, quer da qualidade de interacção da díade, como dos cuidados que as mães providenciam aos

seus filhos, tornando-se, conseqüentemente, um factor determinante de dimensões (cognitiva, social e emocional) do desenvolvimento futuro da criança, justificando a importância dada ao estudo do “bonding” nesta investigação.

Tendo em conta estes aspectos, o presente estudo vai debruçar-se particularmente sobre a influência da variável idade no estabelecimento do “bonding”.

### 1.1. Desenvolvimentos Históricos e Conceptuais

Para podermos perceber, mais especificamente, o processo de “bonding”, pensamos ser relevante, primeiro fazer uma pequena abordagem à investigação sobre o decurso da importância dada à mãe e à criança, ao seu desenvolvimento social e emocional, com o qual se inicia e se insere, no quadro da História.

#### 1.1.1. Desenvolvimentos no Domínio da Importância Dada a Cada Elemento da Díade

Fazendo uma retrospectiva dos estudos baseados na importância dada à díade, em geral, e a cada elemento, em particular, verifica-se que os primeiros investigadores se debruçaram sobre o estudo da criança e, só posteriormente, é que surgiu o interesse pela mãe e pelo contributo de cada elemento em conjunto; o componente díade.

A pesquisa no domínio do desenvolvimento social e emocional da criança tem, de acordo Schaffer (1991) (citado por Figueiredo, 2001), uma história marcada por mudanças profundas no modo como a criança é vista. A visão tradicional, partilhada pela comunidade científica, olha para o recém-nascido como um organismo relativamente passivo e indiferenciado, que reage a estímulos de forma global e desorganizada (Blum, 1980). Esta visão surge nos anos 40, em estudos baseados nas competências sociais da criança que se centravam na procura de estabelecer uma ordem pela qual estas eram adquiridas e, conseqüentemente, estabelecer normas comportamentais para cada idade. Como pioneiro desta visão, Figueiredo (2001) apresenta-nos Gessell (1943). Nos anos 50, nomeadamente, até meados da década, surge uma nova linha de investigação. Os psicanalistas, como Anna Freud, Lacan e outros, compartilhavam do mesmo ponto de vista sobre a formação das ligações afectivas: necessidades de satisfação dos impulsos primários, tais como a alimentação e o sexo (Souza, 2005). No entanto, na segunda metade da década, surge um outro foco de investigação: os efeitos da separação precoce mãe-bebé. Diversos estudos empíricos como os de Bowlby, Ainsworth, Boston e Resenbluth (1956) foram realizados com o intuito de determinar quais as componentes e características do ambiente precoce da criança mais determinantes no seu desenvolvimento social e emocional.

Apesar de, já nos anos 50, Winnicott (1957) ter apelado para a necessidade de, quando descrevemos o bebé, não nos podermos cingir apenas a este pois, ao fazê-lo,

descrevemos o bebé e alguém, só a partir dos anos 60 emerge o interesse pelo conhecimento aprofundado da primeira ligação sócio-afectiva específica que a criança estabelece com a mãe.

Autores como John Bowlby (1958) e Mary Ainsworth (1969), considerados como os principais impulsionadores desta perspectiva, procuraram descrever as competências que o bebé e a mãe põem em acção nos seus encontros, ligação que recebe, por parte destes autores, a designação de interacção precoce mãe-bebé. Estas antecedem e possibilitam o estabelecimento do comportamento de vinculação (tradução da palavra inglesa *attachment*) à mãe, por parte do bebé.

Assim, e tal como ocorre na década seguinte, em estudos como os de Brazelton, (1973), Emde, Swedberg, Suzuki (1975), Korner (1969) e Wolff (1971) (cit. por Blum, 1980), é reconhecido o carácter comunicativo e competente do bebé. Estes estudos mostraram que o recém-nascido é um organismo activo com necessidades definidas em termos de estimulação, tanto para acalmar como para excitar

Também, por altura da década de 70, no interior da própria Psicologia, floresce o “modelo interactivo”, o qual salienta a influência recíproca entre o indivíduo e o meio ambiente no comportamento e desenvolvimento do homem. O desenvolvimento da criança é visto como o produto de continuadas interacções (transacções) dinâmicas entre a criança, a experiência providenciada pela família e o seu contexto de vida em geral (Sameroff & Chandler, 1975). O desenvolvimento da criança não se dá no vácuo, mas em estreita relação com as pessoas do seu ambiente, as quais, nos momentos iniciais da vida do indivíduo, são quase exclusivamente, primeiro a mãe e depois, a mãe e os restantes elementos da sua família nuclear. Pelo menos, é isso que ainda acontece na nossa sociedade em que a mãe é a principal e, no essencial, o único prestador de cuidados da criança (Lovenstein & Field, 1992; Murray, 1995).

Assim, do modelo interactivo, importa reter duas premissas básicas: 1) a importância dos outros significativos, nomeadamente da ligação bebé-mãe, no desenvolvimento do indivíduo e 2) a importância, tanto do bebé como da mãe, no estabelecimento da relação entre os dois. Esta última permite-nos desmistificar a ideia de que a relação se estabelece apenas num sentido, da criança para a mãe - a qual recebe a denominação de vinculação. Sabe-se, hoje, que a relação estabelecida não é unidireccional; ela emerge no sentido oposto, isto é, também a mãe se liga ao seu filho (Taylor Atkins, Kumar, Adams & Glover, 2005).

Ainda, relativamente a esta, no seu “modelo interactivo, Stern-Brushweiler e Stern (1989) (cit. por Branun & Shoendorf, 2005) diferenciam duas componentes fundamentais para cada elemento da díade: a comportamental, que engloba o comportamento da criança e dos pais, e a emocional, a qual abrange todas as experiências subjectivas de cada parceiro da díade. Estes componentes abarcam, segundo Abidin (1995) (cit. por Willinger, Diendorfer-Rander, Willnauer, Jörgl & Hager, 2005), as características e atributos, quer da criança quer dos pais, e os eventos de vida, incluindo o carácter situacional ou stressante da vida demográfica. É importante não deixar de sublinhar que estes elementos são interdependentes, influenciando-se uns aos outros e à organização do relacionamento (Branun & Shoendorf, 2005).

Quanto, à primeira premissa, o apelo para a importância da qualidade da relação mãe-bebé sobre o subsequente desenvolvimento da criança, Figueiredo (2001), citando Field (1990), faz referência que, hoje, sabemos que todas as funções psicológicas se desenvolvem no contexto das interacções do indivíduo com os outros, e é particularmente “para que se desenvolva do ponto de vista social e emocional que a criança mais necessita dos contactos humanos” (p.61) sendo que “quanto mais pequena ela é ..., mais importante se torna considerá-la como parte integrante de uma unidade que inclui, inevitavelmente, o seu prestador de cuidados, como complemento vital do estado de imaturidade em que se encontra” (Schaffer, 1989, p.21). Citando outro autor, Stern (1980), salienta que é nestas circunstâncias específicas “que o bebé aprende quais as expectativas que deve ter, como lidar e como estar com o ser humano” (p.125).

A relação que a criança estabelece com a mãe pode, então, ser considerada uma experiência crucial ou crítica para o seu desenvolvimento, na medida em que, por um lado, a relação que estabelece com ela permite que o bebé aprenda a relacionar-se com as outras pessoas e, por outro lado, vai moldar a experiência futura da criança com o mundo, pessoas e objectos, porque através da relação com a sua mãe a criança está também a aprender a respeito de si e do que esperar dos outros (Figueiredo, 2001).

### **1.1.2. “Bonding”**

Ao longo dos tempos, foram vários os autores que observaram, avaliaram e tentaram explicar o envolvimento emocional dos pais com o bebé, mais propriamente a forma como a mãe, geralmente a principal prestadora de cuidados, se liga ao seu filho.

Um dos primeiros autores a abordar este tema foi Donald Winnicott, em 1956, quando expôs a sua célebre fórmula, segundo a qual, a criança para se desenvolver bem,



nos seus primeiros momentos de vida, necessita apenas de uma “mãe suficientemente boa”. Esta díade mãe-bebé será, como vimos anteriormente, a unidade essencial para a construção da vida psíquica do ser humano. Sabendo que as falhas serão inevitáveis, podendo resultar em enormes prejuízos no psiquismo da criança, mas também que, ao suportá-las, possibilitarão que ela se adapte, a mãe terá a grande responsabilidade de oferecer protecção ambiental (Souza, 2005; Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco & Pais, 2005b).

Do outro lado da díade, como Lebovici (1987; cit. por Souza, 2005) chamou à atenção, há uma vivência de uma experiência traumática de intrusão ou invasão. Esta intrusão é necessária, porque prepara o bebé na sua adaptação ao meio, satisfazendo as suas necessidades. Se há invasão, há também a necessidade de reagir, pois o significativo é a reacção a ela. Esta constatação já antes tinha sido perspectivada por Winnicott (1999), através da ideia de que a mãe vai apresentando os objectos ao bebé, permitindo que se crie um espaço necessário para que possa percorrer um caminho da subjectividade à objectividade. Estabelece-se, assim, a área de ilusão em que se sobrepõe o que a mãe oferece e o que a criança pode receber. Esta área de ilusão ou “espaço transicional” será de suma importância para a criação dos “objectos transicionais”. A criança relaciona-se com os objectos que são reais e concretos de modo altamente subjectivo, embora não se possa, ainda, chamá-los de objectos internos. Tudo ocorre numa zona intermédia entre a realidade psíquica e a realidade externa, entre o eu e o não-eu, articulando presença e ausência maternas (Souza, 2005).

Outro autor a tratar deste tema foi Bowlby (1986; cit. por Figueiredo, Costa, Marques, Pacheco & Pais, 2005a/b; Souza, 2005). A partir da sua perspectiva a respeito da formação do vínculo, Bowlby formulou duas importantes teorias, a da “adesão ao objecto primário”, na qual defende que as crianças têm uma propensão natural para o contacto físico, e a teoria da “sucção do objecto primário”, segundo a qual, a criança, ao relacionar-se com a mãe por meio do seio, aprende, ao longo do tempo, que ligada a este seio existe a mãe e, por conseguinte, passa a relacionar-se, aos poucos, com ela.

Seguindo esta linha de pensamento, autores como Spitz (1988), Maldonado (1989) e Soifer (1980) demonstraram que a criança passa a identificar a sua mãe através da discriminação perceptual, ou seja, ao nascer, o bebé põe em acção uma vasta gama de comportamentos (tais como, chorar, sorrir, seguir visualmente a mãe), que impulsionam o processo de formação do vínculo. Há uma receptividade, por parte da criança, para com a mãe (Souza, 2005; Figueiredo et al., 2005a), mas, tanto ela como a

mãe se auto-estimulam a partir do contacto que estabelecem. Ao identificar e responder às necessidades específicas da criança, atitude carregada de componente afectiva, a mãe, para além passar a ser um ponto fundamental na formação do vínculo que a criança estabelece com ela, aproxima-se do seu filho (Chess & Thomas, 1968). Esta proximidade imprescindível à sobrevivência da criança recebeu, por parte de Bowlby, a designação de “vinculação materna” (Figueiredo et al., 2005b). Esta designação foi, também, empregue por Robson e Moss (1970; cit. por Figueiredo, 2003) para nos dar conta da extensão em que a mãe sente que o seu bebé ocupa uma posição essencial na sua vida.

Ainda a este respeito, Daniel Stern (1995) (cit por Figueiredo et al., 2005a/b) observou que este processo de envolvimento afectivo e emocional por parte da mãe, o qual designou de “constelação materna primária”, tem início mesmo antes do parto. Segundo este autor, durante a gravidez, a mãe forma as condições psicológicas, nomeadamente, cria um espaço mental, uma representação progressiva do bebé (bebé imaginário) que, aquando do seu nascimento, promove e facilita o seu envolvimento afectivo e a interacção entre ambos.

O emprego de várias designações para falar de um único e mesmo processo tem levado a que, muitas vezes, estas sejam usadas como sinónimas umas das outras e, até mesmo, que dois processos diferentes, a ligação do bebé à mãe e a ligação da mãe ao bebé, sejam considerados num só sentido, confundidos ou encarados como um só (Reber, 1985; cit. por Wittkowski, Wieck & Mann, 2007).

O esforço de diferenciar estes dois processos pode ser encontrado na obra de Taylor et al., (2005). Citando Shaffer (2002), estes autores empregam o termo “vinculação” para se referirem a um estreita relação emocional entre duas pessoas, caracterizada pelo afecto mútuo a que Sroufe (1996) designa de “regulação diádica de emoções” e o desejo de manter a proximidade. Um aspecto chave é que as vinculações são recíprocas. Ainda, relativamente a este processo, Parkes e Stevenson-Hind (1982) referem que o “vínculo” implica uma ligação a uma pessoa concebida como mais forte e/ou mais sábia, o que implica que a criança deve ter idade suficiente para expor emoção na separação e no reencontrar, bem como a habilidade de mover-se para ou a partir da atenção primária. Desta perspectiva, há todas as razões para acreditar que o “vínculo”, pelo menos, na relação entre pais e filhos, se desenvolve apenas gradualmente durante os primeiros seis meses de vida e/ou posteriormente. Ao contrário do que acontece no processo de “bonding”, termo que Taylor et al. (2005) utilizam para

descrever a forma como a mãe se sente em relação ao seu bebé, a qual pode ocorrer quase imediatamente após o nascimento da criança, ou mesmo antes, desde que estejam presentes as condições ideais. Este aspecto, por si só, já distingue o “bonding” da forma como a criança se vincula à mãe. Assim, a atribuição do termo “vínculo para referir a ligação normal de uma mãe a um filho, parece ser incorrecto. Parkes e Stevenson-Hind (1982) diferenciam ainda o processo de “bonding” de outro conceito também muito empregue por vários autores (como é o caso de Bowlby) – “apego”, referindo que este nos remete para o comportamento da criança em relação à mãe.

O conceito de “bonding” surge com Klaus e Kennell, em 1976 (cit. por Figueiredo, 2003; Figueiredo et al., 2005a/b), que o desenvolveram para nos dar conta de uma ligação com carácter único, específico e duradouro, cuja formação estaria privilegiada num período sensível, localizado nos primeiros momentos e contactos iniciais, após o parto, entre a mãe e o bebé.

Em resumo, podemos definir o “bonding” como um processo de envolvimento emocional e afectivo, da mãe para com o seu filho, mais ou menos gradual, que se estabelece e se constrói a partir daquilo que acontece durante a gravidez e, mais especificamente, no pós-parto, com privilégio para os primeiros contactos entre a mãe e o recém-nascido, embora na estreita dependência da emergência de determinadas competências por parte do bebé (Figueiredo et al., 2005b). Nas palavras de George e Solomon (1999) (cit. por Figueiredo 2003), seguidores dos pensamentos de Bowlby, Robson e Moss, o “bonding” estabelece-se numa interacção constante com o sistema de vinculação do bebé e tem a mesma função adaptativa, a de proporcionar a protecção e sobrevivência do bebé.

Fica claro que, como Sharan, Yahav, Peleg, Ben-Rafael e Merlob (2001) referem, este é um processo específico complexo e delicado, dinâmico e não estático. Mas, tal como estes autores, Maia (2000) (cit. por Souza, 2005) explica que este processo tem de ser, ao mesmo tempo, estável e harmónico, sem ameaças questionadas pois, quando bem estabelecido, vai proporcionar à criança segurança e bem-estar.

Foram vários os autores que comprovaram a importância das primeiras relações humanas, especialmente o investimento afectivo da mãe. Aqueles verificaram que o “bonding”, durante a gravidez (Fuller, 1990; Kemp, Sibley & Pond, 1990) ou na altura do parto (Cernadas, Noceda, Barrera, Martinez & Garsd, 2003), é um elemento decisivo na qualidade dos cuidados e na interacção que a mãe providencia, com grande influência nos primeiros anos de vida (Wiberg, Humble & de Chateau, 1989) e, por

consequente, um factor determinante no desenvolvimento cognitivo, comportamental e do bem-estar da criança (Figueiredo et al., 2005b; Taylor et al., 2005; Avagianou, Mouzas & Angelopoulos, 2008). Em suma, a atitude da mãe face ao seu filho é crucial para o desenvolvimento e para o seu bem-estar deste (Wittkowski et al., 2007).

O conhecimento acerca do processo de “bonding”, incluindo o modo como se constrói e evolui, assenta ainda em bases não muito concisas. Por conseguinte, cada vez mais investigadores e clínicos, como George e Solomon (1999; cit. por Figueiredo et al., 2005a/b), têm vindo a assinalar a importância de atender à ligação na perspectiva dos pais, e não apenas da criança.

Considerando esta necessidade, este estudo destina-se a investigar o processo de “bonding”, desenvolvendo-se em torno de dois objectivos principais: verificar quais as dimensões que podem beneficiar ou prejudicar o estabelecimento do “bonding”, mais propriamente, o factor idade materna e, verificando-se a existência de uma relação, em que direcção é que esta evolui.

#### **1.1.2.1. Quando se Estabelece?**

Atendendo às várias perspectivas, o processo de “bonding” pode ser tido como um dado imediato, que se verifica sempre e logo no primeiro contacto (real ou imaginário) da mãe com o recém-nascido ou como um processo gradual e interactivo.

##### **1.1.2.1.1. “Bonding Materno-Fetal”**

De acordo com Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004) (cit. por Borsa, 2007), o “bonding” emerge no período pré-natal e, por este motivo, autores como Schmidt e Argimon (2009) recorrem ao termo “bonding materno-fetal”.

Ao longo da gestação, as mães constroem a noção de indivíduo do bebé, reconhecendo comportamentos e características temperamentais, o que resulta na existência de uma relação materno-fetal bastante intensa, com sentimentos e expectativas sobre o bebé. Como Maldonado (2002) refere, estas expectativas constituem-se sobre o bebé imaginário que cada mãe constrói e envolvem, principalmente, o sexo do bebé, o nome, a maneira como ele se movimenta no útero e as características psicológicas que lhe atribuem.

Em suma, durante este período, o processo de “bonding” assenta em duas grandes bases: as expectativas que a mãe tem sobre o seu bebé e a interacção que com ele estabelece.

#### **1.1.2.1.2. “Bonding Materno-Infantil”**

Apesar de sabermos hoje que a mãe se relaciona com o seu filho mesmo antes do seu nascimento, a ideia de que este processo se estabelecia apenas aquando do primeiro contacto físico perdurou durante bastante tempo. Esta visão preconizava que o “bonding” emerge tão precocemente quanto se estabelece o primeiro contacto físico mãe-filho, isto é, logo que a mãe pega no bebé pela primeira vez. Face a estas observações, Robson e Moss (1970) (cit. por Figueiredo, 2003) consideraram que os momentos imediatamente a seguir ao parto, período que designaram de “crítico” ou “sensível”, são cruciais para o estabelecimento do “bonding” e, consequentemente, para a qualidade futura dos cuidados maternos, determinantes para o desenvolvimento e bem-estar subsequentes do bebé.

Dados que corroboram esta perspectiva foram encontrados por Klaus e Kennell (1976) e por Troy (1993; 1995) (cit. por Figueiredo et al., 2005a) que verificaram que, quanto mais cedo a mãe contacta com o recém-nascido, logo nos momentos que se seguem ao parto, mais rápido se observa o seu envolvimento emocional. Ainda Anisfeld e Lipper (1983) (cit. por Figueiredo, 2003) observaram que o “contacto íntimo” entre a mãe e o seu bebé, imediatamente após o seu nascimento, favorece um “bonding” positivo.

Apesar de obterem resultados similares, demonstrando que a maioria das mães reporta sentimentos de afeição logo no primeiro contacto com o bebé ou durante o dia do parto, ou no dia imediatamente a seguir, Rizk, Nasse, Thomas e Ezimokhai (2001) (cit. por Figueiredo et al., 2005a) verificaram que, ainda que o seu número seja muito reduzido, existem mães que, alguns dias depois da nascença, admitem que os sentimentos para com o filho estão ausentes.

Embora o pós-parto ofereça as condições óptimas para o estabelecimento da ligação na generalidade das mães, a presença, ainda que pequena, de mães que confessam não sentirem qualquer sentimento pelo seu filho nos primeiros momentos após o parto, a ideia da presença de um “período crítico” ou “sensível” para a formação e estabelecimento do “bonding” tem vindo a ser revista. Tentando interpretar estes resultados, autores como Brockington (1996) defendem que, em alguns casos, este processo se estabelece de um modo apenas gradual (Figueiredo, 2003).

Supostamente, segundo Chess e Thomas (1968), a noção de “período sensível” tem uma explicação etológica, isto é, esta parece sugerir que o comportamento materno de ligação efectiva é específica da espécie e relativamente influenciada pela experiência

anterior e estado da mãe ou expectativas e valores culturais, variáveis potencialmente importantes que tendem a ser negligenciadas. Ainda mais, Goldstein, Diener e Mangelsdorf (cit. por Misri & Kendrick, 2008) ressaltam a importância da análise de ambos os preditores, pré-natal e pós-natal, do comportamento materno. De facto, Fuller (1990) (cit. por Zeitlin, Dhanjal & Colmsee, 1999) demonstrou que, em circunstâncias normais, há uma positiva e significativa relação entre o “bonding materno-fetal” e o “bonding materno-infantil”.

Assim, foram vários os autores que estudaram os diversos factores que podem influenciar o “bonding materno-fetal” e o “bonding materno-infantil”, quer separadamente, quer mutuamente. Schmidt e Argimon (2009) ressaltam as características de personalidade da mãe (incluindo empatia, ansiedade e depressão). Por exemplo, Silva, Souza, Moreira e Genestra (2003) (cit. por Borsa et al., 2007) observaram que estas mulheres apresentam uma grande ansiedade de carência materna – quando a puérpera apresenta forte dependência infantil em relação à mãe ou ao marido – e, quando não se sentem capazes de assumir sozinhas a criança, ou até mesmo não compreender o significado do choro do bebé, não conseguindo satisfazê-lo, apresentam um comportamento de auto-depreciação. Os primeiros autores e outros, como MacFarlane et al. (1978) (cit. por Figueiredo, et al., 2005; Kennel & McGrath, 2005; Robson & Kumar, 1980; Wittkowski et al., 2007), verificaram que também as atitudes para com a gravidez, os factores situacionais vivenciados durante a gestação, o apoio social recebido durante o período gestacional, a relação marital, as características específicas da gravidez (como a forma como decorre a gestação, sintomas físicos e planeamento da concepção), o factor experiência do parto (pouca colaboração, dificuldades e dor intensa antes e durante o parto) e os factores sócio-demográficos (tais como o nível socioeconómico e educacional, a idade materna, o número de gestações – factor que se verificou mais determinante para primíparas do que para múltiparas, o apoio social dos membros da família e dos pares e perdas perinatais) apresentam uma influência determinante neste processo.

Hoje temos fortes indicações para pensar que o “bonding” não se estabelece de imediato, pelo menos para todas as mães. Este é um processo que se intensifica com o tempo e se estabelece de um modo relativamente gradual, a partir daquilo que se verifica durante a gravidez e, mais especificamente, no momento do parto, não sendo, muitas vezes, algo que acontece logo no primeiro contacto que a mãe tem com o bebé (Figueiredo, 2003; 2005a). Em consonância com esta perspectiva, Taylor, Adams, Doré,

Kuma e Glover (*in press*) (cit. por Figueiredo et al., 2005a) verificaram que, em alguns casos, a ligação à criança é mais forte alguns meses depois do que logo após a nascença. Todavia, não deixam de sustentar a ideia de que existe uma importante variabilidade no modo como, e no momento em que, as mães se ligam ao bebé. Estas não são linhas completamente exclusivas, são-no antes, experiências específicas de cada mulher e determinadas por várias dimensões da sua própria vida.

Mas é também importante não deixar de ter em conta que, ocasionalmente, um atraso no desenvolvimento do “bonding” materno após o parto pode culminar em falhas mais duradouras (Wittkowski et al., 2007).

#### **1.1.2.2. Quem Intervém?**

Não sendo sempre um dado imediato, o “bonding” tem sido descrito como um processo de adaptação mútua, que exige tanto da mãe como do bebé e, no qual, ambos participam activamente. Sendo assim, o desenvolvimento de certas competências por parte da criança e o seu comportamento possibilitam e interferem no estabelecimento do “bonding”. Por outras palavras, o “bonding” estabelece-se em estreita relação com o desenvolvimento das competências do bebé.

São vários os autores que descreveram alguns comportamentos destinados a colocar o bebé em contacto com a mãe. Stern (1980), Eibl-Eibesfeldt (1989), Richards (1971) e George e Solomon (1999), por exemplo, assinalaram a presença de competências interactivas, tais como sorrir e o contacto ocular (comportamentos tais como produzir e reproduzir determinadas expressões faciais), aos quais Bowlby (1969, 1976) atribui um carácter inato. Além de ocorrerem logo à nascença, este autor refere que estes comportamentos são activados pela presença de determinados estímulos externos e funcionam como “desencadeadores sociais das respostas instintivas da mãe”, tendo assim, não só a função de ligar o bebé à mãe, mas também a de catalisar o “bonding” (Figueiredo, 2001 e 2003).

Encontramos uma explicação possível do porquê de isso acontecer na obra de Figueiredo (2001), na qual a autora esclarece que tais condutas transmitem à mãe a ideia de que o bebé lhe está a responder, atraindo a sua atenção e fazendo com que mantenha o seu interesse e investimento o que, por sua vez, estimula o envolvimento do bebé. Por outras palavras, a mãe tem do recém-nascido uma “impressão subjectiva” de que ele é um ser humano totalmente capaz de reacções, para além de que, a relação entre os dois é verdadeira. Não sendo comportamentos que se devem ao acaso, pois consistem em

respostas específicas ao interlocutor, aqueles testemunham que uma verdadeira comunicação está a acontecer e indicam que o bebé é “um ser eminentemente social e afectivo” e que escolhe especialmente a mãe com esse propósito (Figueiredo et al., 2005). Como assinalam Brazelton e Cramer (1989), quando o bebé se torna capaz de “demonstrar” à mãe, primeiro, que prefere os estímulos humanos, e, depois, que a prefere a ela aos restantes estímulos humanos, é impossível que a mãe não “caia sob o domínio do bebé”.

Berthoud (1998) (cit. por Souza, 2005) ressalta que uma parceria fortemente estabelecida no início da vida garante ao indivíduo um sentimento de segurança em si mesmo e nas pessoas que lhe propiciará, se nada em contrário ocorrer, um desenvolvimento emocional sadio e a confiança suficiente para se envolver durante toda a vida em relacionamentos pessoais íntimos e gratificantes.

## **1.2. Maternidade**

“A maternidade começa internamente no “caldeirão” conflituoso da intensa sexualidade infantil e as relações de objecto, e é sobredeterminada e preenchida pela fantasia e, assim, dotada de afecto e significado”  
(Chodorow, 2003)

A maternidade é uma importante experiência de prazer, constrangimento, sujeição e formação da mulher (Hird, 2007).

Segundo, Bondas e Eriksson (2001), a maternidade pode ser analisada dentro de um quadro bio-psico-sociocultural da teoria da crise como sendo uma crise de desenvolvimento normal, isto é, um ponto de viragem na vida da mulher e da sua família (Grossman, Eicheler & Winickoff, 1980).

Algumas das respostas psicológicas das mães reflectem expectativas culturais, outras resultam de alterações hormonais e outras, ainda, têm as suas raízes unicamente no suporte emocional dos indivíduos envolvidos. Realmente, a experiência da gravidez envolve as relações psicológicas que ligam três gerações: a criança por nascer, os futuros pais e as suas próprias mães e pais. Todos os participantes sugerem a enorme importância de um ambiente confiável para as mulheres que experimentam a crise de desenvolvimento que é a gravidez (Blum, 1980).

Os teóricos psicanalíticos, reconhecendo a importância de gerar um filho na vida emocional das mulheres, apreendem a maternidade como um dos aspectos essenciais da mulher emocionalmente madura. Esta orientação originou-se com Freud, cuja visão era



a de que as tarefas mais importantes para uma jovem seriam a renúncia do seu desejo por um pénis e a sua substituição pelo desejo mais realista e atingível de conceber uma criança. Esta orientação materna, uma vez alcançada, tornou-se para Freud a marca da identidade sexual feminina saudável. Contudo, Freud não examinou as experiências reais da concepção, gravidez e parto, possivelmente por causa de acreditar que uma vez alcançada uma orientação positiva em relação à maternidade, o resto segue natural e espontaneamente (Grossman et al., 1980).

Assim, esta ideia manteve-se com os teóricos que se focaram exclusivamente na psicologia da gravidez e do parto. Embora tenha sido Deutsch (1945) (cit. por (Grossman et al., 1980) a evidenciar a grandeza da tarefa psicológica de alcançar com sucesso o papel de mãe, com base nas premissas de que uma gravidez é a realização natural, mais profunda e poderosa do desejo das mulheres e que o desenvolvimento do ego saudável para as mulheres está intimamente relacionado com o desenvolvimento do "ego maternal", foi Bibring (1959) (cit. por Blum, 1980) que, uma década depois, formulou a visão da maternidade e da gravidez como um período de crise psicológica e maturacional normal.

Como tal, esta experiência está relacionada com e é, de certa forma, uma extensão de um complexo conjunto de desafios de desenvolvimento referentes à revivescência de conflitos anteriores que, nesta fase, exigem novas soluções (Colarusso, 2005).

Considerando que esta é uma fase de desenvolvimento psicológico, Maldonado (1989) (cit. por Souza, 2005) acrescenta que, durante a maternidade, está patente a possibilidade de reestruturações, modificações e reintegrações, da personalidade, ou seja, a pessoa nunca cessa de crescer, de se desenvolver e de aprender com as suas experiências. De acordo com Layne (2000) (cit. por Upton & Han, 2003), a maternidade é essencialmente definida pela "perda", não só do "seu corpo", mas de um aspecto mais central e indispensável, que é a perda da identidade. Assim, e segundo Upton e Han (2003), a gravidez representa uma espécie de "estado liminar de ser", e o seu pináculo é atingido quando a luta contra a experiência vivida do que significa a tentativa de recapturar uma identidade "perdida" culmina no forjar de uma nova identidade, responsável por um novo tipo de corpo e self, reintegrados. Assim, um novo nível de maturidade psicológica e de integração é atingido no período pós-parto.

Se, no entanto, esta nova reorganização não for cumprida, o resultado é um nível, geralmente, menos satisfatório de funcionamento que pode conduzir não só a

problemas para a própria mulher, mas também a problemas na relação mãe-filho (Grossman et al, 1980)

### **1.2.1. Dimensões Psicológicas**

São vários os autores que falam da maternidade como uma crise de desenvolvimento psicológico, explicando e demonstrando que algumas destas crises psíquicas do desenvolvimento são universais a todas as mulheres.

As mudanças do corpo, num curto período de tempo, e o desafio de se ligar e, ao mesmo tempo, de se diferenciar do bebé em desenvolvimento, são duas das tarefas críticas.

Estas tarefas são profundos desafios, até mesmo em gravidezes que decorrem dentro da normalidade ou, dito de outra forma, tarefas que a “mãe suficientemente boa” terá de enfrentar. Este conceito surge com Winnicott (1953) (cit. por Blum, 1980), que define esta mãe como a mulher que apresenta um ego estruturado, com funções de auto-protecção. Ela tem a capacidade psicológica de parentalidade, como forma de a distinguir das mães que têm apenas uma capacidade biológica da maternidade.

Blum (1980) destacou esta distinção no conceito de “ego materno ideal”, uma subestrutura materna, do ideal do ego, que reside no superego, referindo que este é o estado ideal de internalizações da mulher, uma infra-estrutura crucial dentro da personalidade, de como ela gostaria de ser mãe e que organiza o acto protector de cuidar. A partir desta constatação e olhando para a globalidade do fenómeno da maternidade, a autora delinea cinco “crises universais” presentes numa gravidez dita normal.

#### **1.2.1.1. “Decidir Engravidar”**

Cada vez mais, a maternidade, tem-se tornado numa questão de escolha (Bondas e Eriksson, 2001). Como resultado desta maior liberdade de escolha, pode emergir um estado de confusão relativo à decisão a tomar. A decisão de engravidar pode não ser consciente e a tentativa de tomar essa decisão e/ou anunciá-la pode, por si só, causar uma crise intrapsíquica. São poucas as mulheres que relatam qualquer conhecimento consciente da concepção ou detecção precoce do feto. Um dos grandes medos, ou superstições, que a esse ponto podem conduzir é o pensamento de que “ter um bebé saudável está nas mãos do destino”. Esta “mensagem” é frequentemente transmitida pelas mães, mas também reside no superego severo da “mãe suficientemente boa. Um

conflito crítico dentro do ideal do ego (entre o id e superego) desenvolve-se: deve ela pensar na gravidez ou não? Este conflito é, dentro desta perspectiva de crise, considerado normal e pode ser verificado quando a mãe entra numa constante monitorização da sua saúde e da saúde do feto, por outras palavras, quando prevalece o ego saudável, alimentado pelas funções de auto-protecção, e os ideais do ego ideal (Blum, 1980).

As necessidades intrapsíquicas, como o “desejo de reproduzir e alimentar a próxima geração”, desempenham um papel fulcral no processo de ser mãe (Chodorow, 2003). O desejo inconsciente dos pais com relação ao desenvolvimento dos seus papéis de pai e de mãe e a existência de fantasias relativas ao desejo de ter um filho (aqui, por exemplo, entram as fantasias em relação ao sexo do bebé, ao como ele vai ser quando crescer). Desejo este que, segundo Macedo e Barros (2002) (cit. por Souza, 2005) vai sendo pensado e inscrito numa rede de significantes, numa gradativa construção do filho imaginário.

Contudo, ter um filho é, com base no princípio do prazer e do direito ao prazer, difícil de alcançar. Uma decisão activa e consciente de gerar um filho, de ter esse prazer, faz emergir determinantes inconscientes produzindo, às vezes, culpa.

Prazeres inconscientes são satisfeitos e gratificantes quando se tem um filho. Na linha da maturação psicosexual, autores como Freud postularam que o bebé é almejado como o dom supremo da união com o pai.

#### **1.2.1.2. “Processo de Separação” e “Existência do Bebé Enquanto Possibilidade”**

A par da gravidez, decorrem mudanças significativas que, como vimos, são importantes para a reestruturação da identidade da mãe, enquanto mulher. De acordo com estudos realizados nesta área ocorre, nas mães, uma dupla identificação: com o feto e com sua própria mãe.

A perspectiva de que a gestação reflecte toda a vida anterior à concepção é partilhada por vários teóricos. Mais concretamente, Brazelton e Cramer (2002), Marques (2003) e Piccinini, Ferrari e Levandowski (2003) (cit. por Borsa, 2007), referem que, o deixar o papel de filha para assumir o da maternidade implica uma revivência da infância. Desta infância, destacam-se as experiências da “nova” mãe com os seus próprios pais, principalmente a relação que tem com a sua mãe.

A relação simbiótica pré-edípica e as questões edípicas de “tomar o lugar da sua mãe” ressurgem durante esta fase do desenvolvimento e é nelas que, segundo Blum

(1980), se encontra enraizada a organização do ideal do ego materno. É a partir das atitudes, desejos e experiências, inconscientes ou conscientes, da sua mãe, que a mulher deriva e recria a sua própria atitude em relação à gravidez. O assumir e a adaptação ao novo papel depende disto, mas também, das forças que levam a adaptar-se com maior ou menor sucesso a essa situação e, finalmente, a separação dos pais.

Este processo e os efeitos de individuação, também podem significar que ela se reconhece como separada do seu novo bebé.

A gestação é então, não só um período de ensaio e expectativas, mas um período onde relacionamentos são mentalmente retrabalhados, havendo a possibilidade de, na relação mãe-filho, se repetir, de algum modo, a relação infantil com a própria mãe (Trucharte & Knijnik, 2002).

É aquando das primeiras ecografias e, principalmente, quando a mãe escuta o coração do bebé, que o bebé passa a “existir enquanto possibilidade”. Esta experiência pode ser, ao mesmo tempo, importante e dramática, mas a constatação de que o bebé é “algo” vivo dentro de si traz, por si só, “alívio”.

Segundo Bibring (1959) (cit. por Grossman et al., 1980), a principal tarefa psicológica da gravidez é transformar a energia emocional primeiramente voltada para si, redireccionando-a para o feto. Durante a gravidez, a mulher saudável encontra-se emocionalmente fundida com o feto e, à medida que o feto cresce fisicamente, o “bonding” aumenta. No entanto, no momento do parto, a mãe deve separar-se tanto física, como psicologicamente do bebé, desde então, ela passa a amar o seu filho como uma pessoa, pelo menos, parcialmente separada de si.

#### **1.2.1.3. “Preparação para a Maternidade” e “Aceitação da Realidade”**

A preparação psíquica activa para a maternidade começa com a ausência da menstruação. Neste ponto, no entanto, as únicas coisas que estão em mudança são algumas características do corpo (crescimento do peito, alargamento das ancas, fadiga, algum ganho de peso e, talvez, alguns enjoos matinais), enquanto as mudanças internas são um processo silencioso. A sua conclusão é definida como a aceitação da realidade de que vai nascer um novo bebé, um precedente para a diferenciação e individuação do bebé a longo prazo (Blum, 1980)

O nascimento de uma criança é, segundo Barbosa e Dias (2004) (cit. por Barbosa, Feild & Paniágua, 2007), descrito pelas mães como um período de grande ambivalência. Entende-se que esses sentimentos são normais já que o parto corresponde

ao término de uma etapa, dando início a um novo período repleto de novas vivências. É assim, segundo Blum (1980), o início de uma nova crise.

Contudo, certas “trivialidades indiscutíveis” apresentadas pelas equipas médicas podem levar a um aumento peculiar de medos, pensamentos e sentimentos mórbidos. Por exemplo, quando as mulheres aceitam como indiscutivelmente verdadeiro o mito de que devem “correr” para o hospital quando apresentam contracções regulares de três em três minutos, deparam-se com uma irregularidade que se lhes apresenta como uma característica individual, ficando confusas e assustadas e assumindo que o que está a acontecer com elas não é normal.

Qualquer momento na vida em que se experimentam sentimentos fortes de medo ou impotência resultam numa “cicatriz”. Blum, (1980) sugere que há traumas vividos durante uma gravidez normal e durante o parto que se estabelecem na memória (que residem em grande parte inconsciente ou pré-consciente) e aos quais o factor afecto está associado. Estas memórias reprimidas podem afectar a auto-estima materna, as suas auto-representações e o ideal do ego e, por conseguinte, a interacção e união com o seu filho.

O nascimento de uma criança é, portanto, um acontecimento que levará a mãe a resignificar a experiência da maternidade.

Os primeiros dias após o nascimento do bebé são carregados de emoções intensas e variadas. As mudanças físicas e psicológicas que o acompanham são inúmeras, a sensação de desconforto físico devido às náuseas, às dores e ao sangramento pós-parto são particularmente intensas, lado a lado, com a excitação pelo nascimento do filho. Este é um período bastante vulnerável à ocorrência de crises emocionais, devido às profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto. Neste período, a mulher entra num estado especial, caracterizado pela sensibilidade aumentada, cujo objectivo é capacitar a mulher a preocupar-se com o seu bebé (Soifer, 1992; Maldonado, 2002). Assim, compreende-se o quão complexo é este momento para a vida da mulher, possibilitando inúmeros sentimentos ambivalentes. A labilidade emocional é o padrão mais característico da primeira semana após o parto, já que a euforia e a depressão se alternam rapidamente, podendo esta última atingir grande intensidade.

Do ponto de vista psicanalítico, Winnicott (1956) (cit. por Leckman, Kuint & Eidelman, 1999) descreveu a vida mental da mãe durante o período imediato pós-parto através do seu conceito de “preocupação maternal primária”, referindo-se aos

pensamentos, preocupações e ansiedades compulsivas em matéria de segurança/sobrevivência infantil que aumentam quando as mães vivenciam a separação inicial. Esta condição refere-se ao comportamento repetitivo e obsessivo, como o envolvimento com os pensamentos do bebé, a verificação compulsiva da criança, os comportamentos ritualistas durante a alimentação e cuidados, e um foco mental exclusivo na criança. Winnicott afirmou que, embora os níveis tão elevados de obsessão pudessem indicar uma perturbação mental, em qualquer outro ponto da vida, durante a união, tal aspecto não é apenas típico mas fundamental para a formação do “bonding”. É importante ter também em conta que as representações são expressões da singularidade do desenvolvimento da relação na vida mental da mãe. Segundo Benedek (1959) (cit. por Leckman et al, 1999), a incapacidade da mãe para se tornar totalmente preocupada com o bebé é considerada um sinal de risco para os vínculos emergentes, talvez mesmo relacionada com a perda precoce sofrida pela mãe.

### **1.2.2. Dimensão Fisiológica**

De acordo com Waelder (1936) (cit. por Blum, 1980), qualquer acto psíquico deve ser entendido como a expressão de uma função conjunta de todo o organismo. Dito de outra forma, a gravidez serve uma multiplicidade de necessidades psíquicas e o comportamento específico de uma mulher grávida é um resultado de múltiplos determinantes, por este motivo, uma outra dimensão que se torna importante analisar é a fisiológica.

As variáveis fisiológicas que receberam maior atenção nos estudos psicológicos da gravidez foram aquelas que mostraram uma associação com os factores endócrinos (Grossman et al., 1980; Feldman, Weller, Zagoory-Sharon & Levine, 2007)

O’Brien e Pitt (1994) sublinham que as mudanças hormonais que ocorrem durante a gravidez e se seguem ao parto não têm qualquer comparação possível com nenhum outro acontecimento biológico, em termos quer da sua rapidez quer da sua magnitude. Wieck (1996) não deixa de salientar que as grandes alterações hormonais pós-parto são as mais drásticas de todas as mudanças metabólicas (Figueiredo, 2003).

Em mais detalhe, Gyton (1986) (cit. por Figueiredo, 2003), mostra-nos que os valores de progesterona e de estrogénio, que sofreram um aumento gradual ao longo da gravidez em cerca de 100 a 200 vezes nos dias que se seguem ao parto, sofrem uma queda abrupta mas, em poucos dias, devem voltar aos níveis anteriores à gravidez.

Ainda, nos momentos finais da gravidez e, sobretudo, por ocasião do parto e da amamentação do bebé, ocorre um aumento significativo dos valores de ocitocina (hormona responsável pelo aumento das contracções uterinas que desencadeiam o parto e pela secreção de leite). Heinrichs, Baumgarten, Kirshbaum e Ehlert (2003) verificaram que, ao mesmo tempo, ocorre um aumento brusco dos valores de prolactina (sempre que a mãe amamenta o bebé). A par de este aumento, Taylor (1994) verificou, também, um aumento dos valores de cortisol (Figueiredo, 2003)

Pesquisas, como as de Krpan, Coombs, Zinga, Steiner e Fleming (2005) (cit por Feldman et al, 2007), relativamente a esta associação inversa entre a ocitocina e o cortisol, mostraram que a relação entre o cortisol e o comportamento materno é complexa, podendo ser modificada pela idade da mãe, pela paridade e pelas experiências da infância.

Mas, como é que as alterações hormonais que se verificam na sequência da gravidez e parto se relacionam com o estabelecimento do “bonding”?

Fleming (1998), por exemplo, conclui que as hormonas maternas têm um importante papel (embora não exclusivo) na acuidade sensorial, na tranquilidade emocional e na procura de proximidade com o bebé (Feldman et al, 2007).

Quanto ao aumento gradual dos níveis de estrogénio que se verifica durante a gravidez, Taylor et al. (em prensa) (cit. por Figueiredo, 2003) referem que esta hormona parece estimular o cérebro, tornando-o mais responsivo ao aumento específico de certas outras hormonas, tal como a ocitocina.

No que diz respeito ao papel da ocitocina, Insel e Young (2001) e Uvnas-Moberg (1998) (cit. por Feldman et al., 2007) verificaram que os níveis desta hormona desempenham um importante papel no início do comportamento materno e é, possivelmente, responsável pela diminuição do stress devido. Isto, pode ser devido, segundo Klaus et al. (2000) (cit. por Figueiredo, 2003), ao efeito tranquilizante sobre a progenitora, pelo aumento da confiança e pela integração dos estados psicológicos e fisiológicos que permitem uma abordagem mais calma.

Verificações empíricas mostraram que as mães cujos partos foram induzidos por esta hormona apresentam valores mais elevados de “bonding” durante o pós-parto do que as mães que tiveram analgesia epidural durante o parto, reduzindo a produção de ocitocina (Figueiredo, 2003).

Analisando as bases biológicas, mais concretamente o efeito do aumento dos níveis de ocitocina no processo “bonding”, Svejda, Campos e Emde (1980)

introduziram um outro aspecto importante, o contacto precoce entre mãe e o bebé. Estes autores referem que, por exemplo, a amamentação ao seio, além de estimular a produção de ocitocina, é um comportamento que por si só, favorece o elo entre a mãe e o seu bebé.

### **1.2.3. Dimensões Soció-Culturais**

O esforço para distanciar a identidade das mulheres do determinismo biológico tem culminado na tendência para analisar os aspectos socioculturais da gravidez, parto e pós-parto (Hird, 2007).

Nos últimos anos, temos assistido a mudanças notáveis do papel da mulher em todos os aspectos relativos à sua vida, especialmente, na família e no trabalho. Para muitas pessoas, e até mesmo para a "sociedade", "a família" sofreu uma alteração relativa, deixando de se apresentar como uma necessidade, para passar a ser vista como uma escolha/opção.

O trabalho é, principalmente, organizado sem levar em conta a parentalidade. Há até uma relativa discriminação, quando ao invés de atribuírem a licença de maternidade, os locais de trabalho “obrigam” as mulheres a trabalhar em tempo parcial ou não permitem que deixem o trabalho a tempo. Pelo menos, as políticas de regulação do bem-estar quanto à gravidez parecem abdicar dos benefícios das condições de trabalho, ao assumir que as crianças não precisam de mãe, que de alguma forma, um cuidador ou responsável será encontrado.

O direito ao aborto está, também, envolto nas mudanças que permitem às mulheres ter um trabalho remunerado e na questão da "escolha", na opção por uma vida familiar.

A crença cultural actual é a de que ter filhos deve ser uma escolha, ao invés, de um destino assumido, como se verificava antigamente, quando esta questão partia do simples princípio de que a maioria das mulheres casaria e teria filhos. Actualmente, estas questões são vistas de forma mais flexível. Além disso, as mulheres de hoje preocupam-se mais com a activação das capacidades psicológicas necessárias para atingir esses propósitos do que com a obrigação de casar e reproduzir.

A manifestação da aceitação incondicional desta imagem cultural converge para um conflito consciente entre o trabalho e a maternidade. De um lado, pendem os conflitos divergentes sobre o trabalho (excessivo envolvimento, medo do fracasso, medo do sucesso) e, do outro, a maternidade (total envolvimento na relação com a



criança, fantasias de triunfo da imagem do “corpo grávido” sobre a fusão de outros medos regressivos de triunfo edipiano e de esgotamento e deformidade corporal).

### **1.3. Determinantes Maternos**

As transformações sociais e tecnológicas, que aconteceram nos últimos anos, obrigaram a importantes modificações no comportamento dos pais para com os bebés que se reflectem sobre a qualidade da relação emocional e dos cuidados parentais (Figueiredo 2003).

Os cuidados do recém-nascido estão geralmente a cargo e são da responsabilidade da mãe o que, por um lado, oferece boas oportunidades para o “bonding” mas, por outro, um igual campo de possíveis dificuldades (Figueiredo et al., 2005).

Assim, na variabilidade do processo pelo qual as mães se ligam emocionalmente ao bebé, a pergunta que fica é: o que estimula ou promove o “bonding”?

Segue-se uma análise de algumas dimensões que, directa ou indirectamente, dizem respeito à mãe e que, como vimos na secção anterior, podem ser biológicas, psicológicas, sociais e demográficas (nomeadamente, a idade e o nível social, económico e educacional da mãe). Estas, como Fleming e Corter (1988) (cit. por Figueiredo 2003) referem, dizem respeito, particularmente, à gravidez, ao parto e ao pós-parto imediato.

#### **1.3.1. Saúde Mental**

No campo da saúde mental, a importância tem sido dada ao efeito de diferentes perturbações psicopatológicas, sendo estas algumas das variáveis maternas que maior atenção têm recebido pelos investigadores.

##### **1.3.1.1. Depressão**

As mães deprimidas foram descritas como emocionalmente pouco disponíveis, dado que todos os seus recursos estão a ser usados na resolução das suas próprias dificuldades. A sintomatologia depressiva é caracterizada por sentimentos de inadequação, cognições negativas e auto-dúvida, que se reflecte a vários níveis: no seu comportamento que ondula entre a passividade e indiferença, a rejeição ou a intrusividade; na sua atitude hostil e de crítica; pela pouca sensibilidade que apresentam

relativamente à importância atribuída às necessidades e realidade da própria criança, assim como no facto de sintonizar e coordenar menos o seu comportamento e as necessidades de momento do bebé, na interacção com ele; na sua tendência para descreverem o bebé em termos negativos ou antagónicos (Figueiredo, 2001; Hornstein, Trautmann-Villalba, Hohm, Rave, Wortmann-Fleischer & Schwarz, 2006).

Contudo, a análise da literatura relativamente a este tema chama-nos à atenção para que a depressão, nomeadamente, a depressão pós-parto, não deve ser considerada apenas como uma perturbação estruturada mas que esta pode traduzir uma reacção normal face ao impacto psicológico e comportamental das drásticas alterações entre a gravidez e o puerpério. Relativamente a estas alterações, Taylor et al. (2005) e Field et al. (2006) revelam que é possível que estas tenham uma base bioquímica, isto é, embora as alterações hormonais sejam variáveis, elas afectam negativamente o estado de humor da mãe a seguir ao parto (Figueiredo, 2001).

Na literatura, a emergência de uma forma breve e moderada de perturbação do humor observada nas puérperas, na sequência do parto, recebe por parte de vários autores (Illes, Gath & Kennerley, 1989; Yalom, Lunde, Moss & Hamburg, 1968) a designação de “*baby-blues*” ou “*blues* pós-parto” (Figueiredo 2001). O *blues* pós-parto é entendido como a expressão subjectiva da activação puerperal do sistema biológico, relacionada com a elevação dos níveis de cortisol (Taylor et al., 2005; Field et al., 2006) e cuja consequência é o aumento da reactividade aos estímulos.

Com efeito, os dados empíricos dão conta que, durante este período, a maior parte das mulheres se sente mal física e psicologicamente (tanto exalta energia e alegria, como de repente chora, aparentemente sem motivo), exhibe elevada preocupação com o bebé (podendo ter dificuldade em cuidar dele) e é invadida pela ansiedade e tensão, que pode chegar à irritabilidade e hostilidade para com os outros (Figueiredo, 2001).

Apesar de influenciar negativamente o humor da mulher, estas reacções, não só permitem que uma interacção adequada se estabeleça (Klaus & Kennell, 1976), mas favorecem, também, o processo de “bonding” (Miller & Rukstallis, 1999; Nonacs & Cohen, 1998) (Figueiredo, 2001). Esta “sensibilidade materna”, descrita por Bowlby (1958;1978) (cit. por Figueiredo et al., 2005) como a correcta identificação e resposta às necessidades específicas da criança, garante a proximidade da díade, imprescindível à sobrevivência do recém-nasido.

Este desequilíbrio emocional é, assim, considerado actualmente por vários autores como uma consequência específica do parto, apenas como o reflexo dos grandes

reajustes hormonais que a mulher tem de operar nos momentos que se seguem ao nascimento do bebé.

Até à data, Figueiredo (2003) refere não terem sido encontradas quaisquer associações empíricas entre as mudanças de humor nos momentos imediatos ao nascimento do bebé com variáveis sócio-demográficas, complicações obstétricas na sequência do parto, vulnerabilidade prévia à doença psicopatológica, circunstâncias adversas de vida, nem com o suporte social de que a mãe pode estar no momento a beneficiar.

#### **1.3.1.2. Psicose**

A mãe, com uma qualquer perturbação psicótica pode ser caracterizada pela presença de uma fraca expressão emocional e pela ocorrência de poucas iniciativas de contacto dirigidas ao bebé.

Os filhos destas mães estão sujeitos a uma grande ambivalência afectiva e a condutas altamente desadequadas que alternam entre momentos de procura de contacto intensivo e momentos em que as mães se alheiam da relação com eles, ou ainda, a momentos de estimulação paradoxal em que fornecem ao bebé, em simultâneo, mensagens duplas com um valor contraditório (Figueiredo, 2001).

Os dados empíricos recolhidos por diversos estudos indicam que as condutas desadequadas destas mães são consequência da sua baixa capacidade introspectiva, da sua dificuldade em considerar o bebé na sua própria realidade e das intenções destes serem independentes das suas (Hornstein et al., 2006).

#### **1.3.2. Personalidade**

Quanto às características da personalidade materna, encontra-se, na literatura, a presença de histeria e de paranóia associadas a expressões de afecto menos positivas e características tais como a feminilidade e o controlo do ego, associadas a afectos maternos mais positivos para com o seu bebé (Figueiredo, 2001).

Um estudo levado a cabo por Fish, Stifter e Belsky (1993) (cit por Figueiredo, 2001) revelou que mães que possuíam características positivas de personalidade exibiam uma conduta caracterizada pela sensibilidade, responsividade e expressão emocional e afectiva mais positiva para com o seu bebé. Pelo contrário, as mães que possuíam características negativas de personalidade, tais como valores elevados de

neuroticismo, exibiam uma conduta caracterizada pela intrusão, a qual se reflectia numa ligação menos permeável a afectos e emoções positivas.

### **1.3.3. Estatuto Sócio-Económico e Educacional**

A grande parte dos autores considera que as mães com um estatuto sócio-económico médio ou alto estabelecem, geralmente, um “bonding” mais positivo do que as mães com estatuto sócio-económico baixo. Figueiredo (2001) refere que, muito embora não sejam encontradas diferenças significativas no estabelecimento emocional das mães com estatutos socioeconómicos diferentes, as mães com um estatuto médio ou elevado providenciam ao seu bebé muito mais oportunidades de estimulação do que as mães com um estatuto menos elevado.

Resultados semelhantes são encontrados, por exemplo nos estudos de Cohen e Beckwith (1976) (cit. por Figueiredo, 2001), quanto ao nível de escolaridade das mães.

No entanto, mais tarde, Figueiredo et al. (2005b) acrescentam ainda que o bonding negativo, associado ao estatuto socioeconómico e educacional menos elevado, é também determinado pela pouca colaboração e dor intensa durante o parto.

### **1.3.4. Actividade Profissional**

O estatuto ocupacional da mãe é uma das dimensões em volta da qual se gerou maior polémica junto dos autores que procuraram averiguar acerca dos factores que se associam ao estabelecimento de uma relação emocional positiva e salutar entre a mãe e o seu bebé.

Se, alguns autores não encontraram quaisquer efeitos adversos e outros tenham mesmo verificado consequências positivas, há autores que observaram efeitos adversos sobre o “bonding”, pelo facto de a mãe trabalhar fora de casa e colocar precocemente o bebé no infantário.

No entanto, Hoffman (1984), assim como Zaslow, Pedersen, Suwalsky, Cain e Fivel (1985) (cit. por Figueiredo, 2001) não encontraram quaisquer diferenças na relação estabelecida entre as mães que se ausentem de casa para irem trabalhar e as mães que permanecem em casa. Observaram, antes, que estas diferenças estavam nos tempos escolhidos por estas mães para se relacionarem com os seus filhos, sendo que as mães que trabalham fora de casa compensam o tempo em que não estão com o bebé mantendo-se de um modo mais presente com ele fora das horas do trabalho.

A conclusão a que se chega é que este não é um factor que, por si só, interfere no “bonding” mas antes, que este está relacionado com outras variáveis, como sejam certas características da personalidade materna.

### **1.3.5. Apoio Social e Emocional/Relacionamento Conjugal**

A importância da rede de suporte social e emocional assim como o efeito da qualidade do relacionamento conjugal na satisfação e no comportamento da mãe durante o período da gravidez e no pós-parto, têm sido mais recentemente considerados nos estudos empíricos.

Estes estudos têm demonstrado que as percepções da mãe, o facto de ela considerar que tem, ou não, apoio instrumental/emocional por parte dos seus familiares e amigos, tanto como considerar que tem ou não uma boa relação conjugal com o pai do bebé, interferem significativamente no estabelecimento do “bonding”.

Analisando estudos neste campo, Figueiredo (2001) verificou que as mães que afirmam possuir uma boa e mais vasta rede de apoio social e que dizem possuir relações mais positivas e íntimas e que beneficiam de maior apoio por parte dos companheiros, mostram-se mais sensíveis às necessidades do bebé, mais positivas para com a criança e, conseqüentemente, um “bonding” mais positivo do que mães que referem a ausência desse apoio. Mas, mais importante, esses efeitos benéficos foram observados, sobretudo, na presença de circunstâncias adversas, como seja na presença de condições negativas associadas à prematuridade do bebé e às suas dificuldades.

Não deixa de ser importante sublinhar a ressalva feita por Isabella (1994) (cit. por Figueiredo, 2001) de que não são as circunstâncias do contexto, neste caso em particular, o suporte social e a satisfação matrimonial em si mesmos que determinam a qualidade do “bonding”, mas antes, como estes são percebidos pela mãe, como actuam sobre a sua satisfação.

Outro dado importante é a observação de Hernandez e Hutz (2008) (cit. por Schmidt & Argimon, 2009) que referem que, para as mulheres, o ajustamento conjugal e emocional é importante, principalmente, no período da gravidez do primeiro filho. Sendo assim, uma das fontes de apoio social para o desenvolvimento do “bonding” está na capacidade de adaptação do casal à nova experiência.

### **1.3.6. Abuso de Substâncias**

Numerosos estudos empíricos verificaram os efeitos nefastos do abuso de substâncias por parte da mãe durante a gravidez e o puerpério. Estes efeitos resultam, na maior parte das vezes, do acumular de um elevado número de factores de risco biológicos e psicossociais que, para além disso, têm a particularidade de se referirem a ambos os elementos da díade.

Acerca do abuso de substâncias psicoactivas, Freirer (1994) (cit. por Figueiredo, 2001) verificou uma associação com perturbações da personalidade, com dificuldades em responder aos pedidos do ambiente, com o baixo apoio social, com o stress elevado e, sobretudo, com a “elevada tendência ao conflito e ao caos que existe na vida destas mulheres”.

Na sequência das dificuldades comportamentais, tanto da mãe como do bebé (resultantes da exposição in útero às substâncias tóxicas ingeridas pela mãe, a sua conduta interactiva revela-se menos adequada, traduzindo-se na presença de letargia, não responsividade, hipertonia, e desorganização dos padrões de sono e alimentação), a interacção é uma tarefa difícil para qualquer um dos elementos. O bebé é rapidamente levado a evitar a relação com a mãe, pelo mal-estar que nela sente, em consequência e, por sua vez, a mãe é do mesmo modo levada a evitar a relação com ele, tornando-se emocionalmente desligada pois, ao tentar envolver um bebé não responsivo, repete situações em que falha.

### **1.3.7. Paridade e Experiência Prévia com Crianças**

Diversos estudos empíricos mostram que a paridade, tanto quanto a experiência da mãe nos cuidados a prestar ao bebé, têm igualmente um impacto importante na forma como se estabelece o “bonding” materno.

Quanto à paridade, Branum e Schiendorf (2005) referem a existência de dois grandes grupos: mães primíparas – que pela primeira vez dão à luz um nado-vivo, e mães múltiparas: que, pelo menos uma, vez já tenham dado à luz um nado-vivo.

Os estudos realizados por Thoman e Olson (1972) e Fish e Stifter (1993) numa amostra de mães primíparas, demonstram que estas são menos sensíveis, apresentam níveis mais baixos de auto-confiança e uma maior expressão de sentimentos de ambivalência, respondendo de forma menos adequada aos sinais do bebé, estimulando-o excessivamente. Contudo, Demotoni, Rizzian e Narberi (1987) revelam que as diferenças assinaladas entre mães primíparas e múltiparas tendem a esbater-se com o

tempo, dado que as mães primíparas procuram aprender a interagir de uma forma mais adequada com o seu bebé (Figueiredo, 2001).

No entanto, Matthey et al. (2000) (cit. por Taylor et al., 2005) aludem para o facto de que o ajuste para a parentalidade nem sempre está sujeito à interferência da aprendizagem específica com um bebé que seja o seu. Por exemplo, não são encontradas diferenças entre mães primíparas ou múltiparas quanto à competência para reconhecer o estado comportamental/afectivo do bebé.

Assim, só podemos determinar a qualidade do “bonding” quanto à influência da paridade, limitando-nos a algumas circunstâncias, a certas situações de prestação de cuidados e aos momentos iniciais da interacção mãe-bebé (Figueiredo 2001).

### **1.3.8. Representação Mental do Bebé**

A gravidez é, segundo Pearce e Ayers (2005) um período em que a mulher, não só antecipa as conseqüentes mudanças na sua vida, mas também a chegada do seu novo bebé, desenvolvendo uma representação mental coerente dos seus bebés.

Outro dado interessante, observado por estes autores, é que, para a maioria das mulheres, as características do seu bebé superaram as suas expectativas. Citando Mebert (1991) referem que as percepções maternas tendem, realmente, a ser mais favoráveis após o nascimento do que o eram durante a gravidez.

Apesar de Pearce e Ayers (2005) terem encontrado uma diferença interessante entre as mulheres primíparas e múltiparas (estas últimas esperavam que os seus bebés fossem mais inadaptáveis, e avaliaram-nos como tal após o nascimento), estes autores lançam duas possíveis explicações: as mulheres múltiparas podem perceber os seus bebés como menos adaptáveis por causa da avaliação retrospectiva dos seus outros filhos quando crianças e alternativamente, ou adicionalmente, factores ambientais relativos a responsabilidades respeitantes aos cuidados das crianças podem levar a uma percepção da criança como mais exigente ou inadaptável.

### **1.3.9. Circunstâncias Relativas ao Parto**

Desde sempre, o parto e o pós-parto imediato foram considerados períodos de grande risco quer para a mãe quer para o bebé. Deste modo, em grande parte das sociedades, produziu-se um sistema de crenças e práticas bastante uniformizadas e ritualizadas como forma de enfrentar os aspectos psicológicos e sociais ligados ao parto.

E, apesar de distintas entre diversas culturas, não são grandes as variações encontradas nestas práticas, no quadro de uma mesma cultura.

Enquanto fenómeno natural ou médico, a forma como o parto é considerado determina, segundo Lozoff, Jordan e Malone (1988) (cit. por Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002), muitas outras diferenças observadas em importantes aspectos do parto – como sejam, no lugar que é dado à dor neste processo, no tipo de preparação, local (casa ou hospital), pessoas que assistem e que estão envolvidas (técnicos ou pessoas significativas), recurso à tecnologia médica e à medicação e participação da mulher nas decisões a tomar, fazendo com que esta vivência seja culturalmente determinada.

Todas e cada uma das circunstâncias enunciadas determinam, em muito, a qualidade da experiência da mulher, nomeadamente a sua percepção e satisfação com o parto e, por seguinte, interferem no seu estado emocional durante o pós-parto e, em geral, beneficiam a qualidade da relação e a qualidade dos cuidados que a mãe presta ao bebé.

Para além do mais, nos últimos tempos, a perspectiva acerca do modo como o parto deve decorrer mudou radicalmente, o que se traduziu em mudanças muito significativas nos aspectos referidos.

Também, não deixa de ser importante referir, mais uma vez, algo que Figueiredo sublinha ao longo das suas obras: existem diferenças individuais que devem sempre ser consideradas.

#### **1.3.9.1. Suporte Emocional**

Poder ter o marido ou outra pessoa significativa junto de si durante o parto é um dos aspectos que, hoje em dia, as mulheres geralmente valorizam e consideram como mais determinantes para uma boa experiência de parto. No entanto, o tipo de companhia escolhida e as expectativas quanto ao que se espera dessa companhia podem variar significativamente de uma mulher para a outra.

A este respeito, Rofé e Lewin (1986) (cit. por Figueiredo et al., 2002) observaram que, antes do parto, as mulheres geralmente tendem a querer ficar sozinhas e, no caso de terem uma companhia, preferem estar em silêncio ou a falar de temas irrelevantes para o parto. Contudo, depois do parto, as mulheres geralmente desejam estar na companhia de outras pessoas e a maioria prefere uma companhia significativa e interessada em falar acerca de assuntos relacionados com o parto. A explicação apresentada por estes investigadores é a de que, no período que antecede o parto, as



mulheres evitam estar com outras pessoas para não terem de falar de assuntos relacionados com o parto, sendo esta uma forma de lidar com o stress gerado sua pela aproximação. Pelo contrário, no período pós-parto, a presença de outras pessoas e o relato da experiência de parto são, geralmente, desejados pela mulher.

Outros estudos igualmente interessantes, referidos por Figueiredo et al. (2002), têm demonstrado que a presença do pai ou de uma outra figura de suporte, durante o parto, tem efeitos muito positivos no bem-estar físico e emocional da mulher, tanto no caso do parto normal, como no caso do parto por cesariana. Em particular, no caso do parto por cesariana, verifica-se que quando o pai está presente, a mãe tem mais prazer, sente-se menos sozinha e revela menos preocupação com o estado de saúde do bebé. Assim, o que se verifica é que a presença de uma pessoa significativa, em qualquer tipo de parto, é sentida como uma fonte de protecção e de suporte.

No entanto, como referimos, as diferenças individuais são significativas, o que nos deixa antever que outros factores podem influenciar ou ser influenciados pela preferência da mãe pela presença de alguém importante durante o parto, como é o caso do nível educacional e a necessidade de algumas intervenções, sobretudo em mulheres que são mães pela primeira vez (Bondas e Eriksson, 2001).

#### **1.3.9.2. Tipo de Preparação e Participação na Decisão a Tomar**

De acordo com as práticas que são definidas pela instituição, a investigação conduzida neste domínio mostra que, quanto mais a mãe está envolvida e participa nas decisões relativas ao parto e também nos cuidados a prestar ao bebé logo a seguir ao parto, melhor é a sua experiência, percepção e qualidade do “bonding”.

Por exemplo, Cranley et al. (1983) (cit. por Figueiredo et al., 2002) mostraram que as mulheres sujeitas a uma cesariana não planeada perceberam de forma mais negativa a experiência de parto e, por conseguinte, exibiram um “bonding” menos positivo do que as que tiveram um parto normal ou uma cesariana planeada.

Os procedimentos médicos, particularmente quando acontecem de forma intrusiva, inesperada e sem conhecimento da mãe, limitam a sua capacidade para assimilar adequadamente a experiência a que é sujeita. O impacto psicológico adverso observa-se a nível da satisfação da mulher com a experiência do parto e com ela própria, assim como na vivência de um conjunto de sentimentos negativos, de culpa e receio de ter falhado.

### **1.3.9.3. Local**

Na história das práticas de nascimento, Blum (1980) delimita dois momentos de transição. O primeiro, remete-nos para a deslocalização da cena do nascimento de casa para o centro neonatal em instalações médicas, passando a ser possível o acesso a uma gestão obstétrica completa, incluindo medicamentos, máquinas e cirurgia.

Actualmente, o local de nascimento da maioria dos bebés é no centro cirúrgico de um qualquer hospital. No entanto, muitas vezes, este apresenta-se como um ambiente desprovido de calor humano, afastado das pessoas que a gestante tem como significativas e determinado por um horário rígido e limitado de visitas. Além do mais, em determinadas situações, pode surgir a necessidade de que mãe e bebé se encontrem separados. A permanência de atitudes semelhantes pode levar as mães a vivenciarem fortes sentimentos de perda e, por conseguinte, a apresentar dificuldades na aceitação e no contacto com seu bebé, resultando em consequências prejudiciais para a formação do “bonding” (Souza, 2005).

Recentemente, em muitas instituições, essa realidade tem vindo já a ser questionada e modificada, sendo o reflexo do segundo período de transição. Este passa da preocupação com a gestão tecnológica, para o cuidado relativo à família e ao nascimento sem violência. Com esta evolução, surgem novos métodos de dar à luz e novos locais onde este acontecimento decorre - parto domiciliar. Esta prática, que muitos sentiram como uma regressão, considera a individualidade de cada mulher, a sua psique e o seu inconsciente, os seus medos, as suas alegrias e, segundo Blum (1980), é uma forma de elas recuperarem o controle do processo natural do seu corpo.

### **1.3.9.4. Tipo de Parto**

A investigação realizada no sentido de perceber a influência do tipo de parto na experiência da mãe, na sua percepção e satisfação e, consequentemente, no estabelecimento do “bonding”, tem vindo persistentemente a ser assinalada (Figueiredo et al., 2002).

As evidências encontradas em vários estudos sugerem que a vivência de uma experiência mais positiva e, por conseguinte, o “bonding” é favorecido na sequência de um parto normal (Figueiredo, 2003). Por exemplo, Marut e Mercer (1979) (cit. por Figueiredo et al., 2002) verificam que as mulheres que foram sujeitas a uma cesariana tendem a considerar o seu parto como não normal e apresentam um estigma social.

Verifica-se que as mães sujeitas a este tipo de parto, em comparação com as mães que tiveram um parto normal, expressam uma reacção inicial menos positiva para com o bebé: demoram mais tempo a interagir pela primeira vez, passam menos tempo, cuidam menos, pegam menos ao colo e têm menos brincadeiras íntimas com o bebé (Figueiredo et al., 2002). Surgem na literatura duas explicações possíveis para estas dificuldades: Klaus e Kennell (1976) (cit. por Leckman et al., 1999) apontam o facto de, frequentemente, o espaço de tempo que decorre entre o parto e o primeiro contacto com o bebé ser maior e See, David, Anderson-Weller, Fong e Menahem (2003) referem a vivência anterior de uma cesariana ou um parto traumático.

Ainda, alguns estudos que se preocupam com os efeitos imediatos mostram uma relação entre o tipo de parto e os níveis hormonais da mãe, os quais podem ser responsáveis pelo seu estado de humor, assim como pelo grau em que se envolve afectivamente com o bebé. Por exemplo, Taylor et al. (1994) e Gitau et al. (2001; cit. por Figueiredo, 2003) verificaram que aos partos instrumentais (fórceps e ventosas) se associam a níveis mais elevados de cortisol. Observados separadamente, quer nas mães quer nos bebés, percebem-se que estes partos são acontecimentos mais stressantes que podem comprometer a disponibilidade para a ligação por parte de ambos.

Esta evidência em conjugação com a direcção contrária que sugerem os estudos relativos aos efeitos *à posteriori* sugere que, como se verifica para o efeito de outras variáveis, os efeitos adversos que decorrem do tipo de parto podem vir a esbater-se com o tempo, à medida que outros aspectos vão interferindo no processo (Figueiredo et al., 2002).

#### **1.3.9.5. Intensidade da dor Durante o Trabalho de Parto e Logo a Seguir ao Parto**

O parto é um acontecimento difícil para a maior parte das mães e o medo é a resposta mais prevalente quando as mulheres são questionadas acerca da experiência deste. Este medo refere-se sobretudo à dor que podem vir a experimentar durante o parto assim como ao bem-estar e sobrevivência da mãe e do bebé (Figueiredo et al., 2002; Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais, 2003; Figueiredo et al., 2005b)

Uma experiência de parto dolorosa e complicada interfere muito significativamente, não só na qualidade da experiência da mulher, na disposição para se envolver emocionalmente com o bebé (Robson e Kumar, 1980), mas também na sua disponibilidade para voltar a engravidar. Mas, mesmo assim, Niven (1988) verificou que a maioria das parturientes reconhece que a sua experiência de dor durante o parto

deu também lugar a algumas consequências positivas, aumentando a sua capacidade para lidar com situações de stress e de dor (Figueiredo et al. 2002).

A dor parece ser uma experiência reconhecida como intrínseca e esperada durante o parto em todas as sociedades. O seu desejo de reduzir a ansiedade e o mal-estar associado ao parto conduziu ao desenvolvimento de diferentes métodos de preparação para o parto. A conclusão a que Leventhal et al. (1989) chegaram foi que a preparação para o parto ajuda a mãe a formar expectativas realistas em relação ao parto e gera um sentimento de segurança, o qual reduz a dor e o mal-estar inicial e beneficia emoções positivas na finalização do parto. Ainda, Manning e Wright (1983) observaram que as expectativas positivas da mulher, quanto à importância de controlar a dor e quanto ao facto de conseguir controlar a dor, predizem melhor a sua persistência no controlo da dor sem recorrer a medicação (fármacos analgésicos) (Figueiredo et al., 2002).

Apesar de, actualmente, a analgesia epidural ser considerado o método mais eficaz no alívio da dor de parto, existem algumas controvérsias quanto à necessidade da sua administração. Embora, possa ser considerada a técnica mais difundida, mais indicada e mais usada de analgesia local e que, em comparação com as mulheres que recebem anestesia geral, aquelas apresentem uma percepção mais positiva e uma satisfação maior com o parto, na medida em que a anestesia local garante um conjunto de condições que beneficiam que o parto se processe de uma forma que está mais de acordo com as expectativas da mulher, permite que esta se certifique do que se está a passar e estabeleça de imediato uma relação com o bebé, são mais e maiores riscos decorrentes da sua administração. Walker e O'Brien (1999) (cit. por Figueiredo et al., 2002), por exemplo, verificaram que, para além do aumento do risco de mortalidade e morbilidade materna, a epidural interfere negativamente no progresso normal do parto em algumas pacientes, conduzindo, muitas vezes, a um aumento significativo na duração do trabalho e ao risco de partos instrumentais e partos por cesariana e, consequentemente, interfere nos sentimentos maternos para com o bebé que são, neste caso, menos positivos.

É importante não deixar de sublinhar a necessidade de informar as futuras mães acerca desta técnica, no sentido de lhes proporcionar uma escolha consciente.

### **1.3.10. Contacto Precoce com o Bebê**

Poder ver e tocar no bebê, logo a seguir ao parto, é um aspecto muito significativo do ponto de vista emocional para a maior parte das mães, além do que, o valorizam muito e consideram como mais determinante para uma boa experiência de parto (Figueiredo et al., 2002).

Klaus e Kennell (1976) (cit. por Parkes & Stevenson-Hind, 1982) assinalaram vários efeitos benéficos decorrentes da possibilidade de a mãe entrar e permanecer em contacto com o bebê logo a seguir ao parto. Estes autores sugerem que o contacto imediato pós-parto com o recém-nascido facilita a formação de uma ligação rápida que, por sua vez, é favorável à confiança e ao comportamento materno de cuidado amoroso.

Apesar de o contacto precoce ser considerado um aspecto facilitador no estabelecimento do “bonding”, Svejda, Campos e Emde, (1980) consideram que este não é biologicamente essencial e pode não ser crucial para todas as mães, não deixando de sublinhar, no entanto, que a ausência de contacto pode colocar uma carga desnecessária sobre a mãe que se encontra numa situação que, por si só, já é stressante.

### **1.3.11. Aleitamento Materno/Artificial**

Ao colocar um recém-nascido em contacto pele-a-pele sobre o peito da mãe, geralmente, ele localiza-o e auto-atribui-se a primeira mamada. Esta habilidade, como Kennel e McGrath (2005) apontam, espanta a maioria das mães e é uma lição, particularmente valiosa, para as que estão hesitantes em assumir os cuidados de seu bebê.

Além do mais, como Sharan et al., (2001) referiram, esta experiência, normalmente, irá resultar na liberação periférica de ocitocina na mãe que, como vimos, é considerada a “hormona do amor”.

Tendo em conta esta associação, Kuzela, Stifter e Worobey (1990) (cit. por Figueiredo, 2001) verificaram que, nas díades em que a mãe alimentou o seu bebê ao peito, o “bonding” estabelecido é geralmente mais positivo do que nas díades em que a mãe optou ou, perante certas circunstâncias, teve de optar por outro tipo de alimentação.

## **1.4. Determinantes do Recém-Nascido**

A realidade da criança pode afectar a forma como a mãe a percebe (Pearce e Ayers, 2005).

O primeiro autor a sugerir a importância de se considerar o efeito provocado pela criança sobre os cuidados que lhe são prestados pela mãe, segundo Figueiredo (2001), foi Bell, em 1968, que tal como Hoffer (1975), considerou que o poder do bebé para promover e regular o “bonding” é intenso. Assim, perante esta constatação, estudos posteriores revelaram que em circunstâncias em que são reduzidas as competências do bebé para participar na interacção com a mãe e para sinalizar o seu interesse e disponibilidade, o “bonding” encontra-se dificultado (Figueiredo, 2003)

### **1.4.1. Sexo**

O estudo das diferenças sexuais, inicialmente, tinha como objectivo assinalar as diferenças que se mostravam mais significativas no comportamento do bebé à nascença. No entanto, o crescente interesse relativamente ao efeito do sexo do bebé sobre o “bonding”, mostrou-se mais relevante.

A maioria dos estudos verificou que a qualidade da relação ganha tonalidades distintas consoante o sexo da criança com a qual a mãe se relaciona. Quando se observa a relação com um bebé do sexo feminino, constata-se que as mães estimulam mais, interagem mais à distância e de um modo mais social (olhando, vocalizando e sorrindo com mais frequência), ao contrário do que acontece perante a relação com um bebé do sexo masculino, em que as mães se demonstram mais afectuosas (interagem mais na proximidade física, tocando e pegando ao colo com mais frequência). Para além das diferenças relativas ao canal comunicativo preferencialmente utilizado pela mãe e pela criança, são constatadas diferenças no que se refere ao grau de coordenação entre as respostas de ambos, sendo observada uma maior coordenação nas díades em que o bebé é do sexo masculino (Figueiredo, 2001).

Contudo, é importante referir que, face à diversidade cultural, tanto são observadas diferenças no comportamento e na relação estabelecida, no que diz respeito ao género da criança, como à mãe.

### **1.4.2. Maturidade, peso e estado de saúde**

A investigação empírica no domínio da maturidade tem mostrado que as relações que se estabelecem entre as mães e os bebés pré-termo (período gestacional inferior a 36 semanas) são mais difíceis do que as relações que se estabelecem entre as mães e os bebés de termo.

Porque estão sujeitas a níveis mais elevados de ansiedade, estas mães são observadas a responder menos às iniciativas do bebé e a tomar mais iniciativas interactivas, para as quais não obtêm respostas. São mães que mostram uma menor sensibilidade quanto aos comportamentos e ritmos próprios do bebé, pois oferecem uma estimulação continuada mas muito menos sincronizada com os estados de atenção e a disponibilidade interactiva deste. Estas dificuldades surgem por diversos motivos: porque os bebés pré-termo, embora mais inquietos, são menos activos e responsivos, designadamente, devido à pouca competência para tratar a informação e facilidade de distração e porque têm uma conduta muito pouco regular, providenciando à mãe sinais equívocos a propósito do seu estado o que dificulta a regulação dos seus períodos de atenção na interacção com a mãe (Figueiredo 2001).

Assim, a quantidade de estimulação considerada adequada ao bebé de termo pode ser excessiva para o bebé pré-termo e o aumento de estimulação por parte da mãe, determinado a incrementar, só diminui a participação interactiva daquele. O que se verifica é que a estratégia que a mãe utiliza para aumentar a actividade do bebé é, na realidade, contraproducente.

As repercussões adversas sob a sua conduta interactiva no caso dos bebés nascidos antes do tempo também acontece, sobretudo com os bebés de baixo peso (peso inferior a 2,500kg), em função do maior perigo de vida em que se encontram.

Observa-se, ainda, que estas características interactivas estão agravadas quando à prematuridade do bebé se associa a presença de graves complicações médicas à nascença.

### **1.4.3. Características Físicas**

Dentro desta área, os estudos têm vindo a ser desenvolvidos com o intuito de avaliar se certas características físicas do bebé têm impacto no seu poder atractivo; características que à partida não interferem no seu comportamento determinam a qualidade do “bonding”.

No geral, todas as mães tendem a considerar os bebés fisicamente atraentes como sendo mais velhos, atribuindo-lhes mais competências desenvolvimentais do que atribuem aos bebés não atraentes (Figueiredo 2001). A atractividade física do bebé pode ser afectada de forma significativa, nomeadamente, devido à presença de determinadas anomalias físicas congénitas.

No entanto, não existe uma razão lógica para considerar a existência de uma relação determinante entre a atractividade física do bebé e o seu comportamento. Concluímos, assim, que as diferenças que se podem observar resultam, não propriamente das características físicas da criança, mas antes do impacto que estas têm nas percepções da mãe.

#### **1.4.4. Temperamento**

Por temperamento do bebé, entenda-se um conjunto de características individuais relativas ao seu comportamento que estão presentes logo à nascença.

Tendo em conta o estilo de reacção da criança, observado numa variedade de situações do dia-a-dia, é possível, segundo Pearce e Ayers (2005), descrever bebés de temperamento fácil/não irritáveis e bebés de temperamento difícil/irritáveis.

De acordo com Figueiredo (2001), o temperamento do bebé é, em grande parte, determinado pelo seu tipo de funcionamento psicofisiológico. Por exemplo, alguns bebés, logo à nascença, exibem níveis mais elevados de irritabilidade, chorando mais e aborrecendo-se mais facilmente. Pode-se, facilmente, compreender que uma mãe se disponha menos a estimular um bebé que chora permanentemente e que mostra menos prazer em interagir com ela, do que a estimular um bebé que, possuindo um temperamento mais fácil, lhe responde sorrindo.

No entanto, é sabido que o temperamento da criança pode alterar-se em função da qualidade das respostas providenciadas pela mãe. Assim, certas características da conduta da mãe, como seja a sua responsividade, têm uma importante determinação na conduta do bebé.

#### **1.4.5. Deficiência Física, Sensorial e Mental**

Uma anomalia sensorial ou um atraso de desenvolvimento do bebé pode representar um obstáculo comunicativo considerável na díade. Nestas circunstâncias, a tarefa de a mãe estabelecer uma comunicação recíproca encontra-se dificultada, dado



que a ausência de resposta por parte do bebê pode ser interpretada por ela como desinteresse (Figueiredo, 2001).

No entanto, a deficiência sensorial do bebê, geralmente considerada como um entrave, não impede totalmente a troca de mensagens na díade. Como Willinger et al. (2005) verificaram, estas mães estão sujeitas a grandes quantidades de stress. Contudo e ao contrário do que seria esperado, o que se verifica é que estas mães mostram-se mais sensíveis e adoptam uma conduta muito particular, adaptando-se às limitações do seu bebê e aprendendo a utilizar canais de comunicação alternativos, tendo em conta as suas necessidades específicas.

### **1.5. Maternidade Adiada**

É cada vez mais comum, principalmente, nas sociedades industrializadas, a tendência da mulher para adiar a gravidez (Murphy, Brewin e Silka, 1997).

A influência da idade materna sobre o “bonding” tem sido largamente investigada. Contudo, grande parte destes esforços têm sido no sentido de avaliar as repercussões adversas em mães com pouca idade, principalmente adolescentes.

O presente estudo, no entanto, foi realizado com o intuito de incrementar a análise das repercussões da idade materna, numa fase mais tardia da vida da mulher. Neste sentido, esta pesquisa procura identificar quais as dificuldades e possíveis repercussões da idade materna tardia em comparação com o grupo das mulheres em idade reprodutiva “normal”. A idade tardia para a reprodução é considerada quando as mulheres atingem os 40 anos se bem que as desigualdades nos resultados quanto aos nascimentos se verificam depois dos 35 anos, enquanto as mulheres que se encontram em idade reprodutiva “normal” têm idades compreendidas entre os 20 e os 35 (Delpisheh, Brabin, Attia e Brabin, 2008). Estas últimas são consideradas como grupo de referência para vários autores pois, segundo Branum e Schoendorf (2005) representam mulheres com maior estabilidade demográfica (em termos de instrução, estado civil, etc.)

#### **1.5.1. Aspectos Psicológicos**

Os dados encontrados por autores como Blum (1980) e Murphy, Brewin e Silka, (1997) mostram que as mulheres que têm o seu primeiro filho numa idade mais tardia apresentam maior resiliência, isto é, parecem ter mais vantagens psicológicas.

Segue-se uma apresentação dos quatro aspectos psicológicos que se encontram favorecidos nesta situação, identificados por vários autores.

#### **1.5.1.1. Processo de Separação**

Uma diferença psicológica crucial entre as mulheres que são mães entre os 20 e os 30 anos e as mulheres que adiam a gravidez para depois dos 35 é encontrada no grau e processo de separação de suas mães.

A mulher mais velha superou a sua própria mãe em muitos aspectos, tal como é esperado que tenha vivenciado e elaborado alguns dos desejos ambivalentes relativos a essas realizações.

Consequentemente, as mulheres com mais de 35 anos têm, muitas vezes, escolhas mais claras, definidas e maduras face à gravidez e aos cuidados a prestar ao seu filho, do que seria possível, para ela, anteriormente. Este processo e os efeitos da individualização podem também significar que se reconhece como separada de seu novo bebé. É provável que as mulheres mais velhas se sintam mais realizadas em termos de metas da vida e, por conseguinte, estejam menos propensas a solicitar esta tarefa ao seu bebé. Em contraste, as mulheres mais jovens, particularmente as adolescentes, podem ter a tendência para usar a gravidez como forma de cumprir as expectativas que tinham de si e não foram capazes de concretizar e/ou conquistar um estado de independência face às suas próprias mães, ao invés de a conseguirem conquistar por si só.

Embora, as mulheres mais velhas possam ser psicologicamente mais capazes de serem "mães suficientemente boas", podem surgir dificuldades na elaboração do "bonding" e na empatia com as necessidades e exigências da criança. Duas possíveis explicações surgem: simplesmente porque estão cronologicamente mais longe da experiência infantil e/ou porque estão mais envolvidas e investem mais no mundo adulto. No entanto, estas sentem-se psicologicamente mais informadas e conscientes da necessidade de atender a essas exigências do que o teriam sido numa fase mais jovem.

Esta situação não significa que a qualidade do tempo despendido não seja mais significativo e livre de conflitos.

#### **1.5.1.2. A Natureza Ambivalente de "Ser Mãe"**

Algumas mulheres mais velhas sentem, quando têm um bebé, um alívio bem-vindo ao mundo adulto, desfrutando da sensação de conforto e protecção de estar em casa que não lhe é possível devido ao confronto diário com as consequências e políticas

do ambiente e do mundo adulto. Talvez, para estas mulheres, esta seja uma forma concreta de mudar de estilo de vida e reafirmar a sua identidade. Contudo, muitas mães mais velhas sentem um conflito activo entre as suas necessidades e exigências da criança o que se expressa através da ambivalência entre permanecer em casa com o bebé ou remeter a sua carreira, temporariamente, para segundo plano. De um modo ou de outro, estas mães deparam-se com a possibilidade de não ver alcançados todos os seus objectivos de vida, com problemas em estabelecer-se profissionalmente e com uma eventual substituição por mulheres mais jovens e por homens (Colarusso, 2005). Uma mulher mais jovem, que primeiro tem filhos e, em seguida, começa a trabalhar fora de casa pode não sentir o conflito da mesma maneira ou de uma forma tão aguda.

#### **1.5.1.3. Aceitação da Perda**

Um terceiro aspecto psicológico diferenciador entre mães mais jovens e mães mais velhas é a capacidade de aceitar a perda. As mulheres com idade igual ou superior aos 35 anos vivenciaram mais experiências de ligação e separação, simplesmente por causa da sua idade. As mães mais jovens podem ter a sensação de que a criança precisa totalmente dela quando, na realidade, muitas vezes, é ela própria que necessita totalmente da criança. A idade é uma maneira de ajudar a estabelecer limites nas tentativas desesperadas de uma simbiose total e pode permitir à pessoa ver-se a si mesma e aos outros mais distintamente.

#### **1.5.1.4. Relação com os Aspectos Físicos**

A última questão psicológica a ser considerada envolve os aspectos psicológicos e físicos relativos a uma primeira gravidez tardia.

Para muitas pessoas, depois dos 35 anos, a metáfora “do copo meio vazio” revela grande significado, isto é, “já viveu metade da sua vida”, em oposição à metade da sua vida que ainda tem para viver. A analogia “do copo meio vazio” pode ter uma influência negativa sobre a decisão de engravidar.

Apesar de menos explícito, algumas mulheres ainda consideram a gravidez depois dos 35 como um confronto com as normas culturais. Estas mulheres são, frequentemente, retratadas como a mulher que “perdeu” a sua capacidade de sedução e de fantasiar sobre a sua sexualidade e cujas práticas sexuais se encontram diminuídas. Uma outra crença/superstição, muitas vezes enraizada e transmitida pela cultura é de que, a partir desta idade (35 anos), a gravidez pode resultar em crianças imperfeitas, ou

numa possível morte fetal e/ou morte materna. Estas fantasias parecem estar transmitir à mulher o pensamento de que a sua feminilidade falhou.

Embora, nos últimos anos, estas superstições tenham sido contestadas e modificadas, os receios subjacentes estão, frequentemente, presentes nas decisões das mulheres quanto ao momento de ter filhos.

O que a mulher com mais de 35 anos precisa de considerar, ao decidir se quer ou não engravidar, é se ela se sente fisicamente e psicologicamente capaz de enfrentar os desafios da vida e as mudanças que ocorrem com a gravidez.

### **1.5.2. Aspectos Existenciais**

Algumas diferenças existenciais entre as mulheres mais jovens e as mais velhas podem também ter algum impacto sobre a adaptação à gravidez tardia.

A mulher que engravida numa idade mais tardia, que esperou um maior período de tempo, enquanto não colocar todas as suas esperanças e sonhos na criança, esta terá, provavelmente, mais valor para ela. A criança que é, tanto consciente como inconscientemente, desejada, será mais feliz e mais fácil será para a mulher “ser mãe”. Além disso, devido ao valor que a criança tem para mãe que a esperou, é menos provável que ela se preocupe menos, por exemplo, com o seu sexo, simplesmente pelo facto de ter uma criança saudável ser o mais importante.

### **1.5.3. Associação com Outros Factores**

Apesar de se esperar que as mães com mais idade estejam melhor informadas sobre o parto e as suas complicações, adiar a gravidez pode ser prejudicial quer para a mãe, quer para o feto, especialmente, segundo Delpisheh, Brabin, Attia e Brabin (2008), quando associados com outros factores. Estes autores referem a associação entre a idade e factores comportamentais (como questões psicossociais, tabagismo, consumo de álcool). Zasloff et al., (2007) referem ainda que a idade materna avançada está associada a problemas pré, intra e pós-parto, tais como, o aborto, a concepção medicamente assistida, o parto prematuro, a diabetes durante a gestação, ao parto eutócico e às anomalias cromossómicas.

#### **1.5.3.1. Paridade**

A paridade, no caso de nascimentos únicos, pode modificar o efeito da idade materna sobre os resultados do parto, tais como, baixo peso ao nascer e nascimento pré-termo. Entre as mulheres primíparas, com 40 anos de idade, a tendência mostra uma redução do risco de parto pré-termo em comparação com as mulheres em idade fértil. No entanto, entre as primíparas, a estratificação pela educação revelou que o gradiente de idade foi limitado a mulheres com mais de doze anos de escolaridade (Branum & Schoendorf, 2005).

#### **1.5.3.2. Gravidez Gemelar**

Tem-se verificado um aumento da taxa de nascimentos de gémeos entre as mulheres mais velhas.

Uma associação entre a idade materna e o parto prematuro de gémeos e a paridade foi encontrada por Martins, Hamilton, Ventura, Menavker, Park e Sutton (2002). No entanto, estes autores chamam à atenção para a importância de examinar uma eventual influência da sujeição a tratamentos de infertilidade.

Em contraste com o nascimento de bebés únicos nascidos de mães mais velhas, os gémeos não têm um risco diferente de parto pré-termo (Zhang, Meikle, Grainger & Trumble, 2002).

#### **1.5.3.3. Gravidez de Um Único Bebê**

Entre o nascimento de bebés únicos, MacLeod e Kiely (1988) verificaram que a paridade pode modificar o efeito dos resultados da idade materna no parto, tais como baixo peso ao nascer e o parto prematuro.

#### **1.5.3.4. Escolaridade**

A probabilidade de as mulheres de 40 anos ou mais velhas terem uma educação superior a 12 anos é maior do que nas mulheres mais jovens, embora a magnitude desta diferença seja maior entre as mulheres múltíparas. Além disso, a tendência das primíparas com 40 anos ou mais para terem mais de 12 anos de educação é maior do que a das múltíparas da mesma idade. Da mesma forma, é mais provável que as primíparas entre os 20 e os 35 anos tenham mais de 12 anos de educação do que as múltíparas da mesma idade.

#### **1.5.3.5. Gravidez Medicamente Assistida**

O desenvolvimento dos cuidados obstétricos e de métodos contraceptivos tem-se mostrado determinantes para o adiar da gravidez. Por outro lado, as mulheres mais velhas estão mais propensas a usar técnicas de reprodução assistida do que as mulheres mais jovens (Delpisheh et al., 2008).

Em contrapartida, a assistência médica em associação com condições fisiológicas ligadas à infertilidade, levando a utilização de técnicas de reprodução assistida, podem ser responsáveis por resultados adversos. Existem evidências que sugerem que bebês concebidos como resultado de técnicas de reprodução assistida ou outros tratamentos para a infertilidade correm mais risco.

## II. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

---

Vários estudos revelam que são diversos os factores da relação mãe-bebé que, directa ou indirectamente, influenciam o emergir e o estabelecimento do “bonding”. Entre eles, consta a idade em que a mulher é mãe, que será o alvo de análise neste estudo. Como pudemos verificar anteriormente, tem-se verificado um aumento da tendência para o adiamento da idade das mulheres relativamente à maternidade. Tal situação, quer seja programada ou não, leva a uma experiência negativa da gravidez e do parto e, conseqüentemente, a atitudes e sentimentos menos positivos em relação ao seu filho, por outras palavras, a um “bonding” mais negativo. Mas, a questão que se coloca é: será que uma vivência tardia da maternidade pode influenciar directamente e ser o único factor a ter em conta no envolvimento emocional precoce da mãe com o seu filho? Por outras palavras, poderá a idade materna, por si só, influenciar o tipo de “bonding” estabelecido? Esta questão será o ponto central para a investigação neste estudo.

Verificando-se uma resposta positiva, isto é, uma associação entre a idade materna e o tipo de “bonding” estabelecido, procuraremos testar a seguinte hipótese geral: a idade materna tardia tem um impacto negativo sobre o “bonding” que a mãe estabelece com o seu filho, nos primeiros dias de vida. Além disso, iremos aferir a contribuição de outras variáveis de tipo sócio-demográfico e clínico para a explicação estatística do “bonding”. Entre estas variáveis, iremos ter em conta a contribuição das da mãe, do seu companheiro, as referentes à conjugalidade, à gravidez e ao bebé.

#### **3.1. Definição das Variáveis**

Na sequência da hipótese apresentada anteriormente a nossa variável independente será a idade da mãe e a nossa variável dependente o tipo de “bonding” estabelecido. Entre as variáveis da mãe a controlar temos o estatuto conjugal, a duração da conjugalidade, a escolaridade (número de anos de estudo com sucesso), a profissão, o estatuto ocupacional, a naturalidade e nacionalidade, a constituição do agregado familiar, o estatuto sócio-económico, a história obstétrica e ginecológica, a avaliação da vivência da gravidez e do parto. Relativamente, ao companheiro procuraremos controlar as referentes à escolaridade, profissão e estatuto ocupacional e em relação ao bebé, a idade (em dias), o peso (em Kg) e o comprimento (em cm).

#### **3.2. Operacionalização das Variáveis: Instrumentos**

##### **3.2.1 Operacionalização da Variável Independente**

A informação sobre a variável independente, idade materna, consta no Questionário Sócio-Demográfico (ver Anexo III), desenvolvido para o presente estudo. Este foi, também, construído com o intuito de recolher outras informações relevantes, quanto a outros dados sociais, demográficos, da história ginecológica e obstétrica e dados referentes à vivência da gravidez e do parto. Neste constam informações relativas ao estatuto conjugal e duração da conjugalidade (em meses); escolaridade (número de anos de estudo realizados com sucesso e grau de escolaridade; profissão e sua classificação dentro da Classificação Nacional de Profissões; estatuto ocupacional (e, se a situação for de desemprego, quais as fontes de rendimento); nacionalidade e naturalidade; constituição do agregado familiar (número e elementos); estatuto sócio-económico (determinado a partir da Classificação Social Internacional Estabelecida pelo Professor Graffar); idade de aparecimento da menarca (em anos); ciclos menstruais (regularidade e duração [em dias]); realização de tratamentos de fertilidade (tipo de tratamento, duração (em anos), idade aquando o tratamento e se este resultou ou não em gravidez); paridade (número de gravidezes anteriores, número de gravidezes interrompidas e o motivo), idade em que engravidou, tipo de parto e idade, sexo, peso, comprimento do bebé; duração da gestação (em semanas) relativa à última gravidez; se esta gravidez foi planeada/desejada; ocorrências durante a gravidez (tratamentos e sua



duração); consumo de substâncias (e duração do consumo [em meses]); tipo de vigilância; sexo do recém-nascido (imaginado e real); detecção de anomalias ou malformações; tipo de parto e utilização de anestésicos; e idade (em dias) (à data da entrevista) peso (em Kg) e comprimento (em cm) do recém-nascido.

### 3.2.2 Operacionalização da Variável Dependente

Nas investigações sobre a relação que a mãe estabelece com o seu filho, normalmente, são utilizados métodos de observação, contudo, estes são bastante dispendiosos em termos de tempo e recursos logísticos. Existem, ainda, instrumentos desenvolvidos no âmbito de investigações sobre a formação do “bonding” mas, na sua maioria, estes são destinados a populações clínicas ou baseados em atitudes de mães cujos filhos se encontram nos cuidados intensivos.

O único instrumento encontrado, construído com o intuito de poder ser aplicado na população geral e que permite operacionalizar o “bonding” (variável dependente) foi o “*Mother-to-Infant Bonding Scale*” (Taylor et al., 2005). Esta escala foi traduzida e adaptada. A versão portuguesa de Figueiredo, Marques, Costa, Pacheco e Pais (2005) - “*Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé*”, constituída por 12 itens – “Afectuosa”, “Protectora”, “Alegre”, “Desiludida”, “Ressentida”, “Desgostosa”, “Agressiva”, “Zangada”, “Triste”, “Neutra”, “Possessiva” e “Medrosa”, foi expandida com a introdução de novos itens. A escala passou, assim, a ser constituída por 26 itens – “Afectuosa”, “Ressentida”, “Neutra/sem sentimentos”, “Alegre”, “Desgostosa”, “Protectora”, “Desiludida”, “Agressiva”, “Rejeitante”, “Preocupada”, “Zangada”, “Feliz”, “Entusiasmada”, “Triste”, “Irritada”, “Desinteressada”, “Ambivalente”, “Amorosa”, “Vazia”, “Saturada”, “Curiosa”, “Próxima”, “Distante”, “Carinhosa”, “Orgulhosa” e “Confusa/Sem saber o que sente” (ver Anexo IV).

Este instrumento constitui-se como um instrumento de auto-avaliação simples, que não exige um elevado nível de literacia e leva apenas alguns minutos a ser concluído. Os itens que o integram descrevem, em uma única palavra, sentimentos presentes na mãe face ao seu novo filho nas primeiras semanas depois de ter dado à luz. O facto de os itens traduzirem emoções que se manifestam precocemente, isto é, que surgem nos momentos logo a seguir ao parto, leva à necessidade de aplicar esta escala durante o primeiro mês de vida da criança.

Depois das análises efectuadas (análise factorial e análise da consistência interna), foram identificadas três sub-escalas: a sub-escala “Bonding Aceitante”, constituída por 9 itens (“Afectuosa”, “Alegre”, “Protectora”, “Feliz”, “Entusiasmada”, “Amorosa”, “Próxima”, “Carinhosa” e “Orgulhosa”), que mede o envolvimento emocional positivo e é o reflexo de sentimentos de afeição, empatia e preocupação com as necessidades da criança; a sub-escala “Bonding Rejeitante”, constituída por 5 itens (“Desgostosa”, “Desiludida”, “Rejeitante”, “Desinteressada” e “Distante”), que avalia a expressão de emoções ligadas a um afastamento emocional; a subescala “Bonding Desanimado”, constituída por 4 itens (“Irritada”, “Ambivalente”, “Saturada” e “Confusa/Sem saber o que sente”) que sinaliza a presença de contradição emocional e possíveis sentimentos dela derivados.

As respostas são cotadas numa escala “Lickert”, entre 0 e 3, consoante a emoção a que o item se refere está, ou não, presente: “Nada”, “Um pouco”, “Bastante” ou “Muito” presente na relação da mãe com o bebé. Os itens são pontuados no sentido em que, quanto mais presente a emoção em causa, mais elevado é o resultado. Por conseguinte, o resultado nas sub-escalas (que corresponde ao somatório das pontuações obtidas nos itens que a constituem) é tanto mais elevado quanto mais presente a dimensão que avalia.

### **3.3. Hipóteses Específicas**

Tendo em conta que a mesma hipótese pode ser testada através de uma análise de variância múltipla, definimos as seguintes hipóteses específicas:

H1: Em mães com idade igual ou superior a 36 anos, o “Bonding Rejeitante” é significativamente mais elevado do que em mães com idade igual ou inferior a 35 anos.

H2: Em mães com idade igual ou superior a 36 anos, o “Bonding Aceitante” é significativamente mais reduzido do que em mães com idade igual ou inferior a 35 anos.

H3: Em mães com idade igual ou superior a 36 anos, o “Bonding Desanimado” é significativamente mais elevado do que em mães com idade igual ou inferior a 35 anos.

Assumindo que a hipótese geral anteriormente enunciada pode ser apreciada através de uma regressão linear múltipla, enunciámos as seguintes hipóteses específicas:

H4: A idade dá um contributo significativo para a explicação da variância da variável dependente.

H5: Variáveis como a duração da situação conjugal, o número de anos de estudo (com sucesso), o número de gravidezes anteriores, o número de gravidezes anteriores interrompidas, a idade aquando da primeira gravidez (em anos), o tempo decorrido entre o nascimento do primeiro filho e a entrevista (em anos), o tempo de gestação (em semanas) da primeira gravidez, o tempo de gestação da última gravidez e a idade (em dias), o peso (em Kg) e o comprimento (em cm) do recém-nascido fazem aumentar significativamente a percentagem da variância explicada da variável dependente.

### **3.4. Procedimentos: Selecção e Recolha da Amostra**

A amostra inicial foi constituída por puérperas com 15 ou mais anos de idade, cujos bebés nasceram na Maternidade da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, E.P.E de Viana do Castelo). A recolha da amostra decorreu, quer junto das mães que se encontravam internadas neste serviço hospitalar, quer junto daquelas utentes que já aí não se encontravam (contacto por intermédio de pessoas conhecidas ou pelos Centros de Saúde onde estavam inscritas), durante o primeiro mês pós-parto e no período compreendido entre 9 de Fevereiro de 2010 e 3 de Janeiro de 2011.

A selecção das participantes que se encontravam internadas na maternidade da ULSAM, E.P.E. foi feita a partir da consulta prévia da listagem de mães efectuada e facultada pelos profissionais de enfermagem que as assistiam. Todas as participantes foram contactadas nos seus quartos durante o período de internamento. Depois de esclarecidos os objectivos e procedimentos do estudo, foi garantida a independência do estudo em relação a qualquer avaliação requerida pela instituição e também a confidencialidade da informação prestada (incluindo o anonimato) (ver Anexo I), sendo solicitada a participação voluntária das mães (ver Anexo II).

Para além das instruções contidas na escala, foi apenas reafirmada a necessidade de leitura atenta de todas as questões, sendo-lhes solicitado que respondessem com a maior sinceridade possível tendo em conta a sua própria experiência, sublinhando a inexistência de respostas certas ou erradas. Foi ainda dada a possibilidade de escolha entre um local mais impessoal. No entanto, a maior parte das mães preferiu ficar no quarto (muitas vezes triplos, mas não completamente preenchidos ou estando as camas

separadas por cortinas). Foi sublinhada a disponibilidade para esclarecimento de qualquer dúvida.

A aplicação teve, em média, uma duração de 10 minutos e, exceptuando alguns casos em que as mulheres sentiram necessidade de estarem acompanhadas por alguém conhecido ou familiar, foi feita de forma individual.

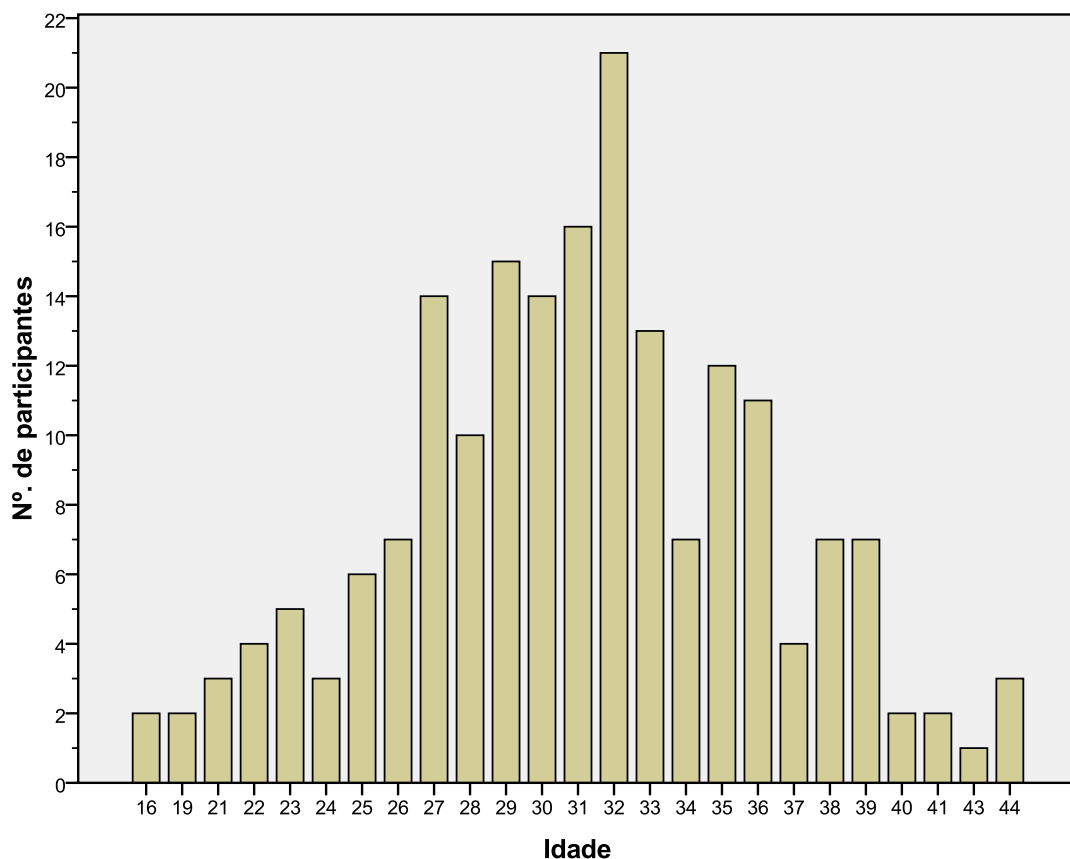
A aplicação dos instrumentos seguiu uma ordem pré-estabelecida, sendo que primeiramente foram colocadas as questões relativas às variáveis sócio-demográficas e obstétricas e, de seguida, cada mãe preencheu, por si, a escala de “bonding”.

#### 4.1. Descrição da Amostra

Participaram na presente investigação 197 puérperas. Contudo, seis casos não foram analisados por representarem uma minoria e não contribuírem para a homogeneidade da amostra. O critério de exclusão destes casos foi o estatuto conjugal, sendo que algumas destas participantes não assumiram qualquer relação amorosa ou, ainda que o assumissem, pertenciam ao estatuto de solteiras. Assim, a amostra passa a ser constituída por 191 mães com relacionamento conjugal estável.

As participantes tinham idades compreendidas entre os 16 e os 44 anos ( $M = 31.04$ ;  $DP = 5.21$ ) (ver Gráfico 1) e, a sua maioria, era de nacionalidade portuguesa (96.8%), embora, nove tivessem referido ter dupla nacionalidade (4.7%) e 78% tinha residência fixa no Distrito de Viana do Castelo, 18.8% residia em Braga e as restantes no Porto (3.1%).

Gráfico 1 - Distribuição da variável "Idade Materna"



A maior parte era casada (75.9%) e apenas 46 viviam em união de facto (24.1%), sendo a média de vida conjunta de 71 meses (DP = 52.19). A maioria integrava uma família nuclear no momento do estudo (73.8%), (27.2% só com o companheiro e 46.6% com o companheiro e pelo menos um filho) e 12.5% viva numa família alargada, sendo que 1% destas vivia apenas com familiares.

Quanto à profissão, 73.8% exerciam uma actividade profissional e as restantes encontravam-se desempregadas ou tinha uma actividade não remunerada (17.3% e 8.9%, respectivamente). Em relação às 157 mães para quem foi possível obter uma informação mais específica, 31.6% pertenciam ao grupo profissional *Operários, artífices e trabalhadores similares*, de acordo com a Classificação Nacional das Profissões, (Instituto do Emprego e Formação Profissional [IEFP], 2011) e 18.4% ao *Pessoal dos Serviços e Vendedores* (ver Tabela 1). A média de número de anos de estudos realizados com sucesso é de 10.80 (DP = 4.00). Relativamente ao nível de instrução, 27.1% das mães completou o ensino secundário, enquanto metade da amostra não completou o ensino obrigatório (1% não chegou a atingir o 1º Ciclo; 2.6% completou o 1º Ciclo; 23% o 2º Ciclo e 26.7% o 3º Ciclo) e uma pequena parte concluiu o ensino superior (19.4%).

**Tabela 1** – Grupo Profissional das Mães (n = 157) – Frequências e Percentagens

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Frequências</b>	9	18	16	19	32	4	55	4	17
<b>%</b>	5.2%	10.3%	9.2%	10.9%	18.4%	2.3%	31.6%	2.3%	9.8%

*Nota.* 1 – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa; 2 – Especialistas das profissões intelectuais e científicas; 3 – Técnicos e profissionais de nível intermédio; 4 – Pessoal administrativo e similares; 5 – Pessoal dos serviços e vendedores; 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas; 7 – Operários, artífices e trabalhadores similares; 8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9 – Trabalhadores não qualificados

Relativamente ao estatuto económico, de acordo com a Classificação Social Internacional Estabelecida pelo Professor Graffar (1956), verificou-se que na sua maioria as participantes pertenciam à classe média (53.9%) (ver Tabela 2).

**Tabela 2** – Nível Sócio-Económico – Frequências e Percentagens

	I	II	III	IV	V
<b>Frequências</b>	21	43	103	19	5
<b>%</b>	11%	22.5%	53.9%	9.9%	2.6%

*Nota.* I – Classe Alta; II – Classe Média Alta; III – Classe Média;  
IV – Classe Média Baixa; V – Classe Baixa

No que diz respeito aos dados sobre o companheiro, estes foram facultados pelas próprias participantes. A maior parte destes pais exercia uma actividade profissional (90.6%); 7.9% encontravam-se desempregados e uma minoria (1.6%) tinha outra ocupação ou encontravam-se sem qualquer actividade remunerada. No que se refere ao nível de escolaridade, conseguimos obter informações acerca de 185 pais, sendo que, apesar de não se ter verificado nenhum caso com nível inferior ao 1º Ciclo, 70.2% não chegaram a concluir a escolaridade obrigatória (ensino secundário) e apenas 11.2% completaram o ensino superior. Informação mais específica acerca dos companheiros foi fornecida por 175 participantes: 43.7% pertenciam ao grupo profissional *Operários, artífices e trabalhadores similares* (IEFP, 2011) e 14.8% ao *Pessoal dos Serviços e Vendedores* (ver Tabela 3).

**Tabela 3** – Grupo Profissional dos Companheiros (n = 175) – Frequências e Percentagens

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Frequências</b>	5	17	16	8	27	7	80	17	6
<b>%</b>	2.7%	9.3%	8.7%	4.4%	14.8%	3.8%	43.7%	9.3%	3.3%

*Nota.* 1 – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa; 2 – Especialistas das profissões intelectuais e científicas; 3 – Técnicos e profissionais de nível intermédio; 4 – Pessoal administrativo e similares; 5 – Pessoal dos serviços e vendedores; 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas; 7 – Operários, artífices e trabalhadores similares; 8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9 – Trabalhadores não qualificados  
n = 175

Na totalidade, 75.9% das gravidezes da amostra foram planejadas. Destas 1.6% resultaram de tratamentos de fertilidade realizados pelas mães e nenhum dos três casos registrados de gravidezes gemelares foram resultado destes tratamentos. Das participantes no estudo, 38.7 % são primíparas, 61.3% já têm pelo menos um filho e todas elas tiveram acompanhamento médico durante a gravidez.

A generalidade das grávidas teve parto de termo (entre 37 e 40 semanas de gestação) (75.9%), mas uma percentagem significativa deu à luz após as 40 semanas de gestação (23%) e 1.1% antes das 37 semanas de gestação.

Mais de metade da amostra (59.7%) realizou um parto normal (eutócito), 35.1% das mães foram sujeitas a cesariana e em 5.2% dos partos foi necessário recorrer a ventosas ou fórceps para ajudar o bebé a nascer. Quanto ao parto vaginal, decorreram tanto sem qualquer anestesia, quanto com analgesia epidural (respectivamente, 23.6% e 41.4%). A analgesia epidural foi também usada em 16.8% dos partos por cesariana mas, a maioria deste tipo de parto decorreu com anestesia geral (18.3%). Contabilizamos ainda 80% de partos instrumentais com analgesia epidural e 20% de partos instrumentais sem anestesia. Assim, verificamos que 58.2% dos partos decorreram com analgesia epidural, 18.3% com anestesia geral e 23.6% sem anestesia (ver Tabela 4). As complicações maternas pós-parto, as complicações com o recém-nascido e os partos pré-termo contribuíram em 5.2% para situações de separação precoce entre mãe e bebé.

**Tabela 4** – Tipo de Parto e Administração de Anestésicos – Frequências e Percentagens

	Sem anestesia		Com analgesia epidural		Com anestesia geral	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
<b>Vaginal e Instrumental</b>	45	23.6	79	41.4	0	0
<b>Cesariana</b>	0	0	32	16.8	35	18.3

*Nota:* Freq. – frequência; % - percentagem

Relativamente ao consumo de substâncias durante a gravidez, verificamos que 3.7% das mães ingeriu álcool e, das 8.4% que fumaram, 7.3% fizeram-no durante toda a gravidez.

Em geral, as mães avaliaram a gravidez como “Positiva” (45%) ou “Muito positiva” (42.9%); a avaliação da vivência do parto como “Positiva” foi semelhante à



avaliação da gravidez (45.5%), mas 37.2% das avaliações não chegaram a ser “Positiva”.

Quando as puérperas foram entrevistadas, os bebés tinham em média 3.44 dias (DP = 6.82). Quando questionadas sobre o desejo em relação ao sexo do bebé, 35.1% das mães desejavam uma menina, 32.5% um menino e as restantes (32.5%) referiram ser “indiferente”, contudo, o que se verificou foi que 48.7% dos recém-nascidos eram do sexo feminino e 51.3% do sexo masculino (51,3%). A maioria dos bebés nasceu com peso normal (88%) (entre 2.5Kg e 4Kg), embora uma parte significativa (5.8%) tenha nascido com baixo peso (inferior a 2.5Kg) e uma pequena parte com peso superior a 4Kg (6.3%). Em média, os bebés nasceram com 40cm (DP = 2.40).

Como o estudo necessita que a amostra das mães seja dividida em grupos comparáveis no que respeita à idade, procedeu-se à divisão desta por grupos etários. Assim, quanto à variável idade, foi possível encontrar três grupos: entre os 19 e os 26 anos (grupo 1), entre os 27 e os 35 anos (grupo2) e entre os 36 e os 44 anos (grupo 3). As descrições que se seguem podem ser confirmadas pela tabela A1 e A2 (ver Anexo V).

O Grupo 1 é constituído por 30 mães, com idade média de 23.60 anos (DP = 2.09). A maioria encontra-se casada (63.3%) e 36.7% viviam em união de facto, sendo a média de estatuto de conjugalidade de 32.62 meses (DP = 2.09). Quase todas as participantes tinham pelo menos um filho (60%) e, das que deram à luz pela primeira vez (40%), 20% vivia apenas com o companheiro e 3.3% viviam apenas com outros familiares.

Quanto ao nível de escolaridade, 70% não tinha atingido a escolaridade obrigatória e apenas 3.3% tinha o ensino superior (sendo a média de número de anos de estudo realizados com sucesso de 9.72; DP = 2.36). Quanto aos seus companheiros, apenas 10% das mulheres deste grupo referiram que concluíram o ensino obrigatório (sendo a média de número de anos de estudo realizados com sucesso de 8.73; DP = 2.05).

Relativamente ao estatuto laboral, mais de metade das mães encontravam-se empregadas (66,7%), enquanto as restantes não tinham ou exerciam qualquer actividade remunerada (33.3%). No entanto, foi possível classificar 76.7% das participantes, quanto à sua profissão, sendo que apenas 6.7% pertencia ao grupo de *Trabalhadores não qualificados* (IEFP, 2011). Quanto aos seus companheiros, verificou-se que 76.7% encontravam-se empregados, sendo possível obter 93.3% de classificações quanto à

pertença a um grupo profissional (50% pertenciam ao grupo *Operários, artífices e trabalhadores similares* (IEFP, 2011). Mais de metade (60%) destes casais pertenciam à *Classe média* (GRAFFAR, 1956).

Verificou-se, ainda, que, 46.7% das mães tiveram gravidezes anteriores, contando-se um caso em que a gravidez foi interrompida. Estas mães engravidaram, pela primeira vez, com cerca de 20 anos ( $M = 19,85$ ;  $DP = 2.67$ ) e, em média, a primeira gestação durou 39.6 semanas ( $N = 11$ ;  $DP = 1.27$ ).

Finalmente, no que diz respeito à descrição deste grupo de mães, observou-se que 63.3% das gravidezes sobre as quais o estudo recai (última gravidez) foram planeadas e foram de termo ( $M = 39.6$  semanas;  $DP = 1.10$ ), decorrendo sem complicações pós-parto. Durante a gestação, 16.6% das participantes ingeriram álcool (3.3%) e, das 13.3% que fumavam, 50% não se privou de o fazer durante toda a gravidez. A avaliação geral destas mães, quanto à gravidez, foi positiva ou muito positiva (perfazendo 80% das avaliações). Resultados semelhantes foram observados quanto à sua percepção sobre a situação do parto (respectivamente, 40% e 23.3%).

Estas mães foram entrevistadas durante os primeiros quatro dias após o nascimento dos seus filhos ( $M = 3.07$ ;  $DP = 6.10$ ) e a maioria deu à luz crianças do sexo masculino (63.3%). Todos os recém-nascidos tinham peso e comprimento considerados normais (respectivamente,  $M = 3.46\text{Kg}$ ;  $DP = 0.41$  e  $M = 47.93\text{cm}$ ;  $DP = 1.81$ ).

O segundo grupo (com idades compreendidas entre os 27 e os 35 anos), constituído por 122 puérperas, apresentou uma média de 30.89 anos ( $DP = 2.43$ ).

As participantes, que constituem este grupo, à data da entrevista, viviam uma relação conjugal com duração média de 71.58 meses ( $DP = 46.26$ ), sendo que 77.9% se encontrava casada e as restantes viviam em união de facto (22.1%).

Quanto ao nível de escolaridade, cerca de metade (46.7%) destas mulheres tinham terminado a escolaridade obrigatória (27%) ou tinham concluído o ensino superior (19.7%), apresentando uma média de 10.93 anos ( $DP = 3.87$ ) de estudos completados com sucesso.

Relativamente, ao estatuto laboral, a maioria (73.8%) encontrava-se empregada e foi possível fazer a classificação, quanto ao grupo profissional (IEFP, 2011), de 93.4% das mulheres, sendo encontrada uma maior concentração no grupo *Operários, artífices e trabalhadores similares*. Tal como estas, e seguindo a mesma classificação, dos 94.4% companheiros referenciados, 40% agrupavam-se no mesmo grupo profissional (*Operários, artífices e trabalhadores similares*). Mas, mesmo assim, mais de metade da

totalidade dos companheiros referenciados ( $N = 117$ ) não tinha atingido a escolaridade obrigatória (52.5%). No entanto, a maioria dos companheiros (92.6%) estava empregado.

Tal como no grupo anterior, e segundo a mesma classificação, os casais deste grupo pertenciam à *Classe média*.

Mais de metade das participantes incluídas neste grupo tinham já estado grávidas (63.9%) por volta dos 24 anos de idade ( $M = 23.52$ ;  $DP = 3.48$ ) mas, devido à ocorrência de interrupções (quatro casos), por altura do estudo, apenas 60.7% integravam uma família nuclear (companheiro e filhos) e 8.2% viviam, ainda, com outros familiares.

O planeamento da gravidez, de interesse para o estudo, foi mais elevado do que no primeiro grupo, verificando-se que 79.5% as gravidezes foram planeadas. Observou-se, também, um aumento do consumo de tabaco (8.2% das mães deste estudo fumaram durante toda a gravidez).

Também, comparativamente, com o grupo anterior, apesar de se observar um aumento de nascimento de bebés do sexo feminino (49.2% dos nascimentos), a equitatividade entre recém-nascidos do sexo masculino e do sexo feminino manteve-se. No entanto, verificaram-se sete casos em que surgiram complicações no pós-parto que culminaram na separação precoce entre mãe e bebé (em uma das situações, devido a muito baixo peso do recém-nascido [0.750kg], resultante de um parto pré-termo).

A percepção da gravidez e da vivência do parto mostrou-se semelhante ao grupo anterior.

Finalmente, o grupo 3 (integrado por puérperas com idades compreendidas entre os 36 e os 44 anos) é constituído por 37 mães, cuja idade média é de 38.38 ( $DP = 2.41$ ).

Este grupo tem uma distribuição semelhante ao anterior, no que diz respeito ao estatuto conjugal (78.4% das mulheres são casadas e 21.6% vive em união de facto) e, apesar de ser esperado, devido à idade destas mães, verifica-se um aumento da duração do relacionamento com o companheiro ( $M = 100.46$ ;  $DP = 66.74$ ), assim como, um aumento da idade aquando da primeira gravidez ( $M = 26.78$ ;  $DP = 4.59$ ) e do número de gravidezes anteriores ( $M = 2.07$ ;  $DP = 1.57$ ), sendo também a percentagem de múltiparas muito superior (73%).

Apesar de, como nos grupos anteriores, a maior parte pertencer à *Classe média* (48.6%), tal como no grupo 2, uma percentagem significativa está repartida pela *Classe média alta* (18.9%), sendo que a única diferença encontrada entre os dois grupos é a de

que, no grupo 3, a percentagem só chega a atingir os 50% quando se associam os dois níveis. Também as outras variáveis que concorrem para a classificação relativa ao nível sócio-económico seguem uma distribuição semelhante ao segundo grupo.

Encontram-se, também, diferenças importantes, quando se compara este grupo com os dois anteriores, nas variáveis relativas à gestação (aumento de consumo de substâncias como o álcool [5.4%] e o tabaco [5.4%], complicações no pós-parto que levam à separação precoce entre mães e bebés [8.1%]), principalmente, no que diz respeito à avaliação do período da gravidez e à vivência do parto, verificando-se uma maior dispersão (isto é, uma percentagem significativa situa-se no/ou abaixo do nível médio da escala [32.4%]), apesar de a maioria (como nos outros dois grupos) perceber a gravidez e o parto como positiva (45.9%) ou muito positiva (10.8%).

## **4.2. Descrição das Variáveis Psicométricas**

Utilizando o método de estimação para extracção de factores das componentes principais, procedemos à apreciação da força das correlações, segundo a adjectivação de Kaiser verificamos que existe uma correlação média entre variáveis (Kaiser-Meyer-Olkin [KMO] = 0.741). Em conjunto com a análise do teste de esfericidade de Bartlett (sig. = 0.000) sabemos que podemos prosseguir para a análise.

Seguidamente, tendo em conta que o número de variáveis é superior a trinta e apoiando-nos na fundamentação teórica, foram retidos apenas três dos oito factores iniciais, através do método de extracção forçada. Subsequentemente, verificamos que estes factores explicam aproximadamente 40.7% da variância. Por conseguinte, a análise da matriz de correlações após a rotação ortogonal (com recurso ao método Varimax, em que são considerados significativos valores maiores ou iguais a 0.4, por serem pelo menos responsáveis por 20% da variância) permitiu isolar o grupo de variáveis (itens) que explicam cada um dos factores.

Assim, o primeiro factor é composto por sete itens: “Ressentida”, “Desgostosa”, “Desiludida”, “Agressiva”, “Rejeitante”, “Desinteressada” e “Distante”; o segundo por dez: “Afectuosa”, “Alegre”, “Protectora”, “Zangada” (na sua forma invertida), “Feliz”, “Entusiasmada”, “Amorosa”, “Próxima”, “Carinhosa” e “Orgulhosa”; e o último por seis itens: “Preocupada”, “Triste”, “Irritada”, “Ambivalente”, “Saturada” e “Confusa/Sem saber o que sente” (ver Tabela A3, Anexo VI). Cada factor corresponde, respectivamente, às sub-escalas “Bonding Rejeitante” (correspondente à expressão de sentimentos negativos), “Bonding Aceitante” (relativo à expressão de emoções

positivas) e “Bonding Desanimado” (referente à expressão de sentimentos que se traduzem pelo desânimo). Estes três factores são, usualmente, encontrados na literatura consultada. As sub-escalas “Bonding Negativo” e “Bonding Positivo”, descritas em várias fontes, têm uma correspondência directa com os dois primeiros factores encontrados na nossa análise. O terceiro factor presente na nossa análise, pelo contrário, não coincide com a descrição da sub-escala “Bonding not clear” que, na literatura, diz respeito a emoções não directamente relacionadas com os cuidados que a mãe presta ao seu bebé.

No entanto, após o estudo da consistência interna de cada sub-escala, a partir da análise dos seus *alphas* de *Cronbach*, verificamos que a consistência da sub-escalas “Bonding Rejeitante” e “Bonding Aceitante” eram aceitáveis, respectivamente, razoável (alpha entre 0.7 e 0.8) e boa (alpha entre 0.8 e 0.9) e a da sub-escala “Bonding Desanimado” é fraca mas ainda assim aceitável (ver Quadro 5).

**Tabela 5** – Consistência Interna de cada Sub-Escala

	Alpha de Cronbach
<b>Factor 1 – “Bonding Rejeitante”</b>	0.733
<b>Factor 2 – “Bonding Aceitante”</b>	0.833
<b>Factor 3 – “Bonding Desanimado”</b>	0.453

Tendo em conta que o alpha é muito influenciado pela correlação entre as variáveis e pelo seu número, desta forma é importante analisar o efeito de cada variável na consistência interna de cada factor. Tal efeito foi observado duas vezes no primeiro factor – “Bonding Rejeitante”, o que levou à eliminação dos itens “Ressentida” e “Agressiva” (passando a sub-escala a ser constituída por cinco itens); uma no segundo – “Bonding Aceitante” levando à eliminação do item “Zangada” (na forma invertida) (passando a sub-escala a ser constituída por nove itens) e duas vezes no terceiro – “Bonding Desanimado”, levando à eliminação do item “Preocupada” e “Triste” (passando a sub-escala a ser constituída por quatro itens). Assim, o alfa sobe, no primeiro factor, primeiro para 0.796 (ver Tabela A4, Anexo VII) e, depois, para 0.799 (ver Tabela A5, Anexo VII). Quanto segundo factor, o alfa sobe para 0.838 (ver Tabela A6, Anexo VII). No terceiro factor o alfa sobe primeiro para 0.598 (ver tabela A7, Anexo VII) e, depois, para 0.604 (ver Tabela A8, Anexo VII).

### **4.3. Testagem das Hipóteses**

#### **4.3.1. Comparabilidade dos Grupos quanto às Variáveis a Controlar**

Para comparar as médias das variáveis a controlar, de forma a garantir a comparabilidade dos diferentes grupos etários, utilizaram-se testes t simultâneos para duas amostras independentes.

A distribuição amostral t dos três grupos foi analisada directamente através do nível de significância do teste de Levene ( $p = 0.000$ ). Assim encontramos uma igualdade de variâncias quanto à “Duração do estatuto conjugal (em meses)”. Além do que, quando comparamos o grupo 2 com o grupo 3 tal observa-se também, no “Número de gravidezes anteriores” e, quando comparamos o grupo 1 com o grupo 3 no “Número de anos de estudos realizados com sucesso”.

Para as variâncias diferentes mostrou-se necessário estudar a expressão do teste t ( $p < 0.05$  ou  $p < 0.10$ ) para comparar as médias. Assim, na comparação entre os três grupos é possível aceitar a igualdade das variâncias nas variáveis “Idade aquando da primeira gravidez (em anos)” e “Tempo decorrido entre o nascimento do primeiro filho e a data da entrevista (em anos)”. Quando se compara o grupo 1 com os grupos 2 e 3 verifica-se igualdade de variâncias ao nível do “Número de anos de estudos realizados com sucesso” e “Número de anos de estudos realizados com sucesso pelo companheiro. Finalmente, quando a comparação é feita entre o grupo 3 e os grupos 1 e 2, tal verifica-se ao nível das variáveis “Número de gravidezes anteriores” e “Número de gravidezes interrompidas” (ver Tabela A9, Anexo VIII).

#### **4.3.2. Comparação dos Grupos quanto à Variável Dependente**

Ao estudar o efeito da idade materna – dividida em três grupos etários (variáveis independentes) sobre o tipo de “bonding” estabelecido (conjunto de variáveis dependentes), procedeu-se à análise de variância multivariada (MANOVA). O interesse consiste em saber se os três tipos de “bonding” (“Rejeitante”, “Aceitante” e “Desanimado”) manifestam diferenças entre os grupos. Para tal, é necessário olhar para o teste M de Box que, neste caso, nos mostra que as matrizes de covariância das variáveis dependentes nos grupos não são iguais (Box’s  $M = 282.565$ ;  $F = 22.698$ ;  $p = 0.000$ ). No entanto, olhando para os testes maior raiz de Roy, traço de Pillai, Lambda de Wilks e o traço de Hotelling, podemos perceber que os três grupos etários, isoladamente, produzem efeito sobre o tipo de “bonding” estabelecido (respectivamente,  $F = 3.699$ ,  $p = 0.013$ ;  $F = 1.903$ ,  $p = 0.079$ ;  $F = 1.916$ ,  $p = 0.077$ ;  $F = 1.928$ ,  $p = 0.075$ )

(ver Tabela A10, Anexo IX). Analisando a variância através do teste de Levene, podemos concluir que o factor idade influencia o tipo “Bonding Rejeitante” ( $F = 15.306$ ;  $p = 0.000$ ) (ver Tabela 6) e, através do teste de Tukey HSD, percebemos que tal acontece aquando da comparação dos grupo 1 com o grupo 2 ( $p = 0.036$ ) (ver Tabela A11, Anexo IX).

**Tabela 6** – Análise de Variância Multivariada (MANOVA) através do Teste de Levene

	<b>F</b>	<b>P</b>
“Bonding Rejeitante”	15.306	0.000
“Bonding Aceitante”	0.045	0.956
“Bonding Desanimado”	2.993	0.053

Quando analisamos o tipo de “bonding” por cada grupo etário, verificamos que o “Bonding Desanimado” situa-se acima da média nas mães com idades compreendidas entre os 19 e os 26 anos ( $M = 11.633 > 11.400$ ), as mães com idades superiores a 27 anos mas com menos de 35 situam-se acima da média nos resultados referentes aos tipos de “bonding” “Rejeitante” ( $M = 14.919 > 14.833$ ) e as mães com idade superior aos 36 anos encontram-se acima da média quanto ao tipo de “Bonding Rejeitante” ( $M = 14.919 > 14.833$ ) (ver Quadro 7).

**Tabela 7** – Análise do tipo de “bonding” em cada grupo etário – Frequências, Médias e Desvios-Padrão

<b>Grupo etário</b>	<b>Tipo de “Bonding”</b>								
	<b>“Rejeitante”</b>			<b>“Aceitante”</b>			<b>“Desanimado”</b>		
	<b>Freq.</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Freq.</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Freq.</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>1</b>	30	14.433	2.161	30	1.667	2.916	30	11.633	0.669
<b>2</b>	122	14.902	0.373	122	1.819	2.496	122	11.385	1.167
<b>3</b>	36	14.919	0.364	36	1.784	2.955	36	11.222	1.312
<b>Total</b>	188	14.833	0.925	188	1.769	2.637	188	11.400	1.311

Nota: Freq. – frequência; M – média; DP – desvio-padrão

De acordo com estes dados, as hipóteses específicas H1, H2 e H3 não se confirmam, apesar de se ter detectado que a variável idade tem um impacto significativo sobre a variável “Bonding Rejeitante” numa idade que não pode ser considerada tardia.

No sentido de testar H4, procedeu-se a diversas análises de regressão (ver Anexo X), duas para cada tipo de bonding; devido à existência de multicolinearidade, estas análises utilizavam alternadamente a variável “Número de gravidezes anteriores” ou a variável “Número de gravidezes interrompidas”. Em nenhuma destas análises foi possível observar que a variável idade materna tivesse poder explicativo face à variância das variáveis tipo de bonding.

Através da regressão linear múltipla (ver Anexo X), e no âmbito da testagem de H5, percebemos que existem outras variáveis que influenciam significativamente (nível de significância inferior a 0.05) o tipo de “bonding” estabelecido pelas mães. Foram realizadas duas análises para cada tipo de “Bonding”, sendo que a diferença introduzida da primeira para a segunda, foi a alteração da variável “Número de gravidezes anteriores” pela variável “Número de gravidezes interrompidas”.

#### **4.3.3. Outras Variáveis com Poder Explicativo em relação à Variável Dependente**

##### **4.3.3.1. Sub-escala “Bonding Rejeitante”**

###### **4.3.3.1.1. Variável Independente “Número de gravidezes anteriores”**

Quando consideramos as variáveis relativas à mãe e ao seu companheiro, numa primeira análise, verificamos que a variável “Paridade” tem poder explicativo face ao tipo de “Bonding Rejeitante” (respectivamente,  $p = 0.024$  e  $p = 0.020$ ). No entanto, quando são introduzidas variáveis relacionadas com a gravidez e com o recém-nascido, a “Paridade” perde o seu poder explicativo e as variáveis “Número de gravidezes anteriores” e “Tempo de gestação (em semanas)”, relacionadas com a mãe, tomam o seu lugar (respectivamente,  $p = 0.029$  e  $p = 0.002$ ). Estas últimas variáveis continuam a ter um valor explicativo quando são introduzidas variáveis relativas à percepção da gravidez e do parto (respectivamente,  $p = 0.036$  e  $0.0039$ ) (ver Tabela A12, Anexo X).

###### **4.3.3.1.2. Variável Independente “Número de gravidezes interrompidas”**

Quando a variável “Número de gravidezes anteriores” é substituída pela variável “Número de gravidezes interrompidas”, os resultados quanto às variáveis “Paridade” e “Duração da gestação” são semelhantes. A diferença é que a variável “Número de gravidezes interrompidas”, relativa à mãe, mostra-se explicativa do “Bonding Rejeitante” aquando da introdução das primeiras variáveis ( $p = 0.047$ ). No entanto, esta perde, aquando da introdução de variáveis relativas ao companheiro, o seu poder



explicativo ( $p = 0.057$ ), mas volta a adquiri-lo a partir da introdução das variáveis respeitantes à gravidez e ao recém-nascido ( $p = 0.029$ ) (ver Tabela A13, Anexo X).

#### **4.3.3.2. Sub-escala “Bonding Aceitante”**

##### **4.3.3.2.1. Variável Independente “Número de gravidezes anteriores”**

Relativamente ao “Bonding Aceitante”, aquando da análise do “Número de gravidezes anteriores” e apenas a partir da introdução das variáveis relativas à gravidez e ao recém-nascido, podemos observar que a variável “Estatuto laboral” (relativa à mãe) e a variável “Comprimento” (relativa ao recém-nascido) contribuem para a sua explicação (respectivamente,  $p = 0.028$  e  $0.042$ ). Estas mostram-se ainda explicativas aquando da introdução de variáveis relativas à percepção da gravidez/parto (respectivamente,  $p = 0.018$  e  $0.043$ ), para a qual também contribui a variável “Peso” (relativa ao recém nascido;  $p = 0.046$ ) (ver Tabela A14, Anexo X).

##### **4.3.3.2.2. Variável Independente “Número de gravidezes anteriores”**

Na análise posterior, relativa ao “Número de gravidezes interrompidas, os resultados indicam o mesmo sentido (ver Tabela A15, Anexo 10).

#### **4.3.3.3. Sub-escala “Bonding Desanimado”**

Por fim, podemos verificar que nenhuma das variáveis consideradas mostra contribuir para explicar o “Bonding Desanimado” (ver Tabelas A16 e A17, Anexo X).

## V. DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES

---

Os resultados obtidos neste estudo permitem concluir que, tão cedo quanto os primeiros dias após o parto, a generalidade das mães exibe um envolvimento emocional positivo com o filho sendo sobretudo frequente, na amostra em estudo, as mães (93.2%) sentirem-se muito “Orgulhosas” (90.1%) e muito “Felizes” (88.5%) com o seu bebé.

As mães com idades compreendidas entre os 19 e os 26 anos, na sua maioria (99.3% das mães atingiram a pontuação máxima na escala – 15 pontos) estabeleceram uma ligação emocional “Rejeitante” com o seu bebé. No entanto, não ultrapassam a média da sua faixa etária ( $M = 14.3 < 14.8$ ). Este grupo de mães supera as da sua idade, no que diz respeito ao estabelecimento de um ligação “Desanimada” (73.3%;  $M = 11.6 > 11.4$ ) (ver Tabela 7).

O perfil de ligação emocional das mães com idades superiores aos 26 e até aos 35 anos, vai no mesmo sentido, 92.6 % atingiram a pontuação máxima. Contudo, este grupo de mães supera a média da sua faixa etária ( $M = 14.9 > 14.8$ ) (ver Tabela 7).

Relativamente, ao grupo de mães com idades superior aos 35 anos, verificamos mais uma vez que o tipo de “bonding” predominante é do tipo “Rejeitante” (94.6% das mães atingiram a pontuação máxima), superando estas a média para a sua faixa etária ( $M = 14.9 > 14.8$ ) (ver Tabela 7).

O “Bonding Rejeitante”, em mães com idade igual ou superior a 36 anos, não é significativamente mais elevado do que em mães com idade igual ou inferior a 35 anos. Desta forma, a hipótese específica H1 não é confirmada pelos resultados.

No que diz respeito ao “Bonding Aceitante”, as mães com idade igual ou superior a 36 anos não apresentam valores significativamente mais baixos do que as mães com idades inferiores a 35 anos. Assim, estes resultados levam à rejeição da hipótese específica H2.

Quanto ao “Bonding Desanimado”, em mães com idade igual ou superior a 36 anos não é significativamente mais elevado do que em mães com idade igual ou inferior a 35 anos, o que leva a rejeitar a hipótese específica H3.

Apesar disso, o facto de se ter observado uma diferença significativa entre o grupo dos 19-25 anos de idade e o grupo 26-35 leva-nos a reequacionar a possível

relação entre idade materna e bonding mãe-bebé recém-nascido. Entre os 26 e os 35 anos, e não numa idade tardia, a relação emocional que a mãe estabelece com o seu filho parece ser influenciada pela sua idade. Portanto, as mães com idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos parecem apresentar mais dificuldades em estabelecer uma relação emocional saudável.

A hipótese H4, na qual se previa que a idade dá um contributo significativo para a explicação da variância da variável dependente é apenas confirmada no que diz respeito ao “bonding” do tipo “Rejeitante” ( $F = 15.306$ ;  $p = 0.000$ ). No que respeita aos tipos de “bonding” “Aceitante” e “Desanimado” os resultados não mostram qualquer contributo significativo da idade (respectivamente,  $F = 0.045$ ;  $p = 0.956$  e  $F = 2.993$ ;  $p = 0.053$ ) (ver Tabela 6).

As variáveis “Duração da gestação”, “Número de gravidezes anteriores” e “Número de gravidezes interrompidas” fazem aumentar significativamente a percentagem da variância explicada pelo “bonding” do tipo “Rejeitante”. As variáveis que contribuem para um aumento significativo da percentagem da variância explicada pelo “Bonding Aceitante” são o “Estatuto ocupacional” (da mãe), o “Comprimento” e o “Peso” do recém-nascido. Nenhuma das variáveis mencionadas aquando da formulação da hipótese específica H5 contribui para explicar a percentagem da variância do tipo de “Bonding Desanimado”. Perante estes resultados, a hipótese H5 não pode ser confirmada na sua totalidade, pois as variáveis “Duração da situação conjugal”, “Número de anos de estudo (com sucesso)”, “Idade aquando a primeira gravidez (em anos)”, “Tempo decorrido entre o nascimento do primeiro filho e a entrevista (em anos)” e “Tempo de gestação (em semanas) da primeira gravidez” não contribuem para a explicação da percentagem da variância da variável dependente.

A variabilidade no processo pelo qual os pais se ligam ao bebé e a necessidade de se respeitarem os caminhos que conduzem ao envolvimento emocional dos pais com o filho são outros aspectos que gostaríamos de assinalar. Alguns pais podem apresentar dificuldades em ligar-se emocionalmente ao recém-nascido, sendo tarefa dos técnicos de saúde identificar tais situações (a escala apresentada pode ser usada com esse propósito), oferecer ajuda e garantir diferentes e melhores condições para que todos os

pais tenham a oportunidade de estabelecer bases sólidas para o ‘bonding’ e cuidados adequados do filho.

Anisfelg, E., & Lipper, E. (1983). Early contact, social support, and mother-infant bonding. *Pediatrics*, 72(1), 79-83.

Avagianou, P., Mouzas, O. D., & Angelopoulos, N. V. (2008). Examining parental bonding behaviour in a Greek sample of schizophrenic patients and their siblings. *Annals of General Psychiatry*, 7(1).

Barbosa, J. C., Feil, C. F., & Paniágua, R. M. (2007). A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto. *O Portal dos Psicólogos*, 1-12.

Bondas, T., & Eriksson, K. (2001). Women's lived experiences of pregnancy: a tapestry of joy and suffering. *Qualitative Health Research*, 11, 824-840.

Blum, B. L. (Eds.). (1980). Psychological aspects of pregnancy, birthing, and bonding. *Human Sciences Press*.

Branum, A. M., & Schoendorf, K. C. (2005). The influence of maternal age on very preterm birth of twins: Differential effects by parity. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 19 (5), 399-404.

Chess, S., & Thomas, A. (Eds.). (1968). Infant bonding: Mystique and Reality (50-82). In *Annual progress in child psychiatry development*. Mazel: Brunner.

Chodorow, N. J. (2003). "Too late": Ambivalence about motherhood, choice, and time. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(4), 1181-1198.

Colarusso, C. A. (2005). The evolution of parental identity in late adulthood. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(1), 51-81.

Delpisheh, A., Brabin, L., Attia, E., & Brabin, B. J. (2008). Pregnancy Late in Life: A hospital-based study of birth outcomes. *Journal of Women's Health*, 17(6), 965-970.

Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Figueiredo, B., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2006). Prenatal cortisol, prematurity and low birthweight. *Infant Behavior & Development*, 29, 268-275.

Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O., & Levine, A. (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: Plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychological Science*, 18(11), 965-970.

Figueiredo, B. (Eds.). (2001). *Mães e bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2(2), 203-217.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3), 521-539.

Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais, A. (2005a). Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(2/3), 121-131.

Figueiredo, B., Marques, A., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2005b). Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebé. *Psychologica*, 40, 133-154.

Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Mother-to-infant and father-to-infant initial emotional involvement. *Early Child Development and Care*, 177(5), 521-532.

Figueiredo, B., Costa, R., Marques, A., Pacheco, A., & Pais, A. (2008). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal and Child Health Journal*, 13(4), 539-549.

Graffar., M. (1956). *Une method de classification social d'échantillons de population*. *Courrier*, 6 (8), 445-459.

Fretts, R. C., Schmittiel, J., McLean, F. H., Usher, R. H., & Goldman, M. B. (1995). Increased maternal age and the risk of fetal death. *The New England Journal of Medicine*, 333(15), 953-957.

Grossman, F. K., Eichler, L. S., & Winickoffs, S. A. (Eds.). (1980). *Pregnancy, birth, and parenthood*. London: Jossey-Bass Publishers.

Hird, M. J. (2007). The corporeal generosity of maternity. *Body Society*, 13(1), 1-20.

Hornstein, Ch, Trautmann-Villalba, P., Hohm, E., Rave, E., Wortmann-Fleischer, S., & Schawarz, M. (2006). *Maternal bond and mother-child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: Is there a link?*. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 279-284.

Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001). *Classificação Nacional das Profissões* (versão 2001). Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (Eds.) (2008). *Estatísticas Demográficas 2007*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Kennel, J., & McGrath, S. (2005). Starting the process of mother-infant bonding. *Acta Paediatrica*, 94(6), 775-778.

Korja, R., Ahlqvist-Björkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2010). Relations between maternal attachment

representations and the quality of mother-infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 33, 330-336.

Laporte, L., & Guttman, H. (2007). Recollections of parental bonding among women with borderline personality disorder as compared with women with anorexia nervosa and a control group. *Australian Journal of Psychology*, 59(3), 132-139.

Leckman, J. F., Kuint, J., & Eidelman, A. I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 40(6), 929-939.

Martins, C. F. (2010). Escala de ligação mãe-bebê: Adaptação Portuguesa para Mestrado Integrado em Psicologia (FPUL).

McMahon, C. A., Boivin, J., Gibson F. L., Hammarberg, K., Wynter, K., Saunders, D., & Fisher, J. (2011). Age at first birth, mode of conception and psychological wellbeing in pregnancy: Findings from the parental age and transition to parenthood Australia (PATPA) study. *Hum. Reprod.*, 26 (6), 1389-1398.

Misri, S., & Kendrick, K. (2008). *Perinatal depression, fetal bonding, and mother-child attachment: A review of the literature*. *Current Pediatric Reviews*, 3, 66-70.

Murphy, E., Brewin, C., R., & Silka, L. (1997). The assessment of parenting using the Parental Bonding Instrument: Two or three factors?. *Psychol. Med.*, 27,333-342

Murray, L. (1991). Intersubjectivity, object relations theory, and empirical evidence from mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 219-232.

Parkes C., M., & Stevenson-Hind, J.(1982). Infant-mother attachment. In Ainsworth, M. D. S. (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (14-30). United States of America: British Library Cataloging Publication Data.



Pearce, H., & Ayers, S. (2005). The expected child versus the actual child: implications for the mother-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 89-102.

Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. L. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*, 19(43), 211-220.

Souza, J. A. (2005). A formação do vínculo afectivo: a questão do apego. *Revista Técnica IPEP*, 5(1/2), 81-98.

Svejda, M. J., Campos, J. J., & Emde, R. N. (1980). Mother-infant "bonding": Failure to generalize. *Child Development*, 51, 775-779.

Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Scale: Links with early maternal mood. *Arch Womens Mental Health*, 8, 45-51.

Upton, R. L., & Han, S. S. (2003). Maternity and its discontents: "Getting the body back" after pregnancy. *Journal of Contemporary Ethnography*, 32, 670-961.

Willinger, U., Diendorfer-Radner, G., Willnauer, R., Jörgl, G., & Hager, V. (2005). Parenting Stress and parental bonding. *Behavioral Medicine*, 31, 63-69.

Wittkowski, A., Wieck, A., & Mann, S. (2007). An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. *Arch Womens Mental Health*, 10, 171-175.

Zasloff, E., Schytt, E., & Waldenström, U. (2007). First time mothers's pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 86, 1328-1336.

Zeitlin, D., Dhanjal, T., & Colmsee, M. (1999). Maternal-foetal bonding: The impact of domestic violence on the bonding process between a mother and child. *Archives of Women's Mental Health*, 2, 183-189.



## Anexo I – Informação Acerca da Participação no Estudo

**INFORMAÇÃO ACERCA DA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO SOBRE**  
**“O IMPACTO DA IDADE MATERNA NA RELAÇÃO QUE A MÃE**  
**ESTABELECE COM O SEU BEBÉ”**

Cara mãe, utente da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E., pedimos a sua colaboração para o estudo sobre “*O Impacto da Idade Materna na Relação que a Mãe Estabelece com o seu Bebé*”. Este estudo diz respeito à tese de Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Para isso, será necessário que responda a dois questionários: um Questionário Sócio-Demográfico e uma Escala de Ligação Mãe-Bebé. Estes questionários serão aplicados durante o primeiro mês de vida do seu filho e não deverão ocupar mais de 15 minutos.

Os dados são confidenciais e têm como fim o contributo estatístico para o estudo.

A aluna do Mestrado Integrado em Psicologia da  
Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa:

---

(Cátia Filipa da Silva Martins)

## Anexo II – Consentimento Informado

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_,  
utente da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. (Hospital, Centro de Saúde,  
Extensão de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar) -  
\_\_\_\_\_, declaro que fui  
informada acerca do estudo “O Impacto da Idade Materna na Relação que a Mãe  
Estabelece com o seu Bebê”, da aluna Cátia Filipa da Silva Martins, do Mestrado  
Integrado de Psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, e aceito  
colaborar.

A utente: \_\_\_\_\_

A aluna: \_\_\_\_\_

(Cátia Filipa da Silva Martins)

Viana do Castelo,

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Anexo III - Questionário Sócio-Demográfico e Clínico



## QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Data de preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de recolha: \_\_\_\_\_

**Antes de responder às questões que se seguem, por favor, leia atentamente todas elas, bem como as instruções que vão sendo apresentadas.**

<b>Data de Nascimento:</b> ____/____/____	<b>Idade:</b> ____	
<b>Estatuto Conjugal:</b> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União de facto <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____ (Duração: _____)		
	<b>Própria</b>	<b>Parceiro</b>
<b>Escolaridade:</b> Número de anos de estudo com sucesso: _____ Grau: _____	_____ _____	_____ _____
<b>Profissão:</b>	_____	_____
<b>Estatuto laboral/ocupacional:</b> No activo <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Reformado(a) <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Qual? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Qual? _____
<u>Em caso de ambos se encontrarem desempregados:</u>		
<b>Fonte de Rendimento:</b> _____		
<b>Subsídios Adicionais</b> <b>Não</b> <input type="checkbox"/> <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> Qual(ais)? _____		
<b>Nacionalidade:</b> Portuguesa <input type="checkbox"/> Estrangeira <input type="checkbox"/> Qual? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Qual? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Qual? _____
<b>Constituição do agregado familiar:</b> _____ _____		
<b>Residência:</b> _____		

## HISTÓRIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Menstruação
<b>Idade de aparecimento da menarca:</b> _____
<b>Ciclos menstruais:</b> <div style="margin-left: 20px;">             Regularidade:             <div style="margin-left: 40px;">                 Regulares <input type="checkbox"/>                  Irregulares <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="margin-left: 20px;">             Duração:             <div style="margin-left: 40px;">                 1 a 2 dias <input type="checkbox"/>                  3 a 4 dias <input type="checkbox"/>                  4 a 5 dias <input type="checkbox"/>                  Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____             </div> </div>
Fertilidade
<b>Realizou algum(s) tratamento(s) de fertilidade?</b>  Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><u>Se respondeu sim:</u></div> Qual foi o tratamento? _____ Quanto tempo, aproximadamente, durou o tratamento? ____ Que idade tinha quando recebeu esse tratamento? ____ Resultou em gravidez? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

**Caso não seja a primeira vez que está grávida.**

<b>Filho(s)</b>	<b>Idade</b>	
	<b>Sexo</b> (represente com um M ou F consoante seja masculino ou feminino)	
	<b>Duração da gravidez</b> (número de semanas)	
	<b>Peso</b>	
	<b>Altura</b>	
<b>Mãe</b>	<b>Idade</b>	
	<b>Tipo de parto</b>	

Centre-se agora na sua gravidez actual. Responda, por favor, às seguintes questões:

Gravidez	
Duração da gestação: _____	
<b>Foi planeada?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<b>Foi desejada?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
<b>Ocorrências durante a gravidez:</b> Náuseas <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Outra(s) <input type="checkbox"/> Qual(ais)? _____ Outra(s) doença(s) ginecológica(s) <input type="checkbox"/> Qual(ais)? _____	
<b>Consumo de substâncias:</b> Álcool <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Outra(s) droga(s) <input type="checkbox"/> Qual(ais)? _____	
<b>Que tipo de vigilância teve?</b> Privada (hospitais ou clínicas particulares) <input type="checkbox"/> Pública (centros de saúde ou hospitais) <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual(ais)? _____	
Feto	
<b>Sexo:</b> Imaginado Menino <input type="checkbox"/> Menina <input type="checkbox"/> Real Menino <input type="checkbox"/> Menina <input type="checkbox"/>	
<b>Foi detectada alguma anomalia ou malformação:</b> Sim <input type="checkbox"/> Qual(ais)? _____ Não <input type="checkbox"/>	

Parto	
<b>Tipo de parto:</b> Vaginal sem epidural <input type="checkbox"/> Vaginal com epidural <input type="checkbox"/> Cesariana com epidural <input type="checkbox"/> Cesariana com anestesia geral <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	
Recém-nascido	
<b>Data de Nascimento:</b> ____/____/____	
<b>Peso:</b> _____	
<b>Comprimento:</b> _____	

**Pense na sua gravidez. Utilize a seguinte escala de modo a expressar como vivenciou:**

- 1- Muito negativa
- 2- Negativa
- 3- Um pouco negativa
- 4- Nem negativa, nem positiva
- 5- Pouco positiva
- 6- Positiva
- 7- Muito positiva

**1) A gravidez**

Muito negativa	Negativa	Um pouco negativa	Nem positiva nem negativa	Um pouco positiva	Positiva	Muito positiva
1	2	3	4	5	6	7

**2) O parto**

Muito negativa	Negativa	Um pouco negativa	Nem positiva nem negativa	Um pouco positiva	Positiva	Muito positiva
1	2	3	4	5	6	7

Assinale, por favor, com um círculo a sua resposta.

Obrigado pela sua colaboração.

## Anexo IV - Escala de “Bonding”

ESCALA DE LIGAÇÃO MÃE-BEBÉ  
(Taylor et al., 2005, traduzida e adaptada)

Estas questões referem-se aos seus sentimentos face ao seu bebé nas **primeiras semanas** de vida. Na tabela seguinte, vai encontrar alguns adjectivos que descrevem alguns dos sentimentos que as mães têm em relação aos seus bebés nas PRIMEIRAS SEMANAS após estes terem nascido. Por favor, assinale para cada palavra da tabela, a forma que melhor descreve o que sentiu nas PRIMEIRAS SEMANAS.

	Muito	Bastante	Um pouco	Nada
Afectuosa				
Ressentida				
Neutra/ Sem sentimentos				
Alegre				
Desgostosa				
Protectora				
Desiludida				
Agressiva				
Rejeitante				
Preocupada				

	<b>Muito</b>	<b>Bastante</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Nada</b>
Zangada				
Feliz				
Entusiasmada				
Triste				
Irritada				
Desinteressada				
Ambivalente				
Amorosa				
Vazia				
Saturada				
Curiosa				
Próxima				
Distante				
Carinhosa				
Orgulhosa				
Confusa/ Sem saber o que sente				

Obrigado pela sua colaboração.



## Anexo V – Estatística Descritiva Relativa à Divisão por Grupos Etários

**Tabela A1** – Comparação dos três grupos etários, relativamente às variáveis métricas – Frequências e Percentagens

		Grupo etário entre os 19 e os 26 anos		Grupo etário entre os 27 e os 35 anos		Grupo etário entre os 36 e os 44 anos	
		Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
<b>Estatuto conjugal</b>	<b>Casada</b>	19	63.3	95	77.9	29	78.4
	<b>Em união de facto</b>	11	36.7	27	22.1	8	21.6
<b>Nível de ensino</b>	<b>Inferior ao 1ºCiclo</b>	0	0.0	1	0.8	1	2.7
	<b>1º Ciclo</b>	1	3.3	0	0.0	3	8.1
	<b>2ºCiclo</b>	8	26.7	28	23.0	7	18.9
	<b>3º Ciclo</b>	12	40.0	36	29.5	3	8.1
	<b>Ensino secundário</b>	8	26.6	33	27.0	11	29.7
	<b>Ensino Superior</b>	1	3.3	24	19.7	12	32.4
<b>Classificação Nacional de Profissões</b>	<b>1</b>	0	0.0	5	4.3	4	11.4
	<b>2</b>	0	0.0	11	9.5	7	20.0
	<b>3</b>	0	0.0	11	9.5	5	14.3
	<b>4</b>	2	8.7	16	13.8	1	2.9
	<b>5</b>	8	34.8	19	16.4	5	14.3
	<b>6</b>	1	4.3	2	1.7	1	2.9
	<b>7</b>	10	43.5	36	31.0	9	25.7
	<b>8</b>	0	0.0	3	2.6	1	2.9
	<b>9</b>	2	6.7	13	11.2	2	5.7
<b>Estatuto laboral</b>	<b>No activo</b>	20	66.7	90	73.8	31	83.8
	<b>Desempregada</b>	3	10.0	26	21.3	4	10.8
	<b>Outro</b>	7	23.3	6	4.9	2	5.4
<b>Nível de ensino do companheiro</b>	<b>1ºCiclo</b>	1	3.3	6	5.0	2	5.6
	<b>2ºCiclo</b>	10	33.3	35	29.2	10	27.8
	<b>3ºCiclo</b>	16	53.3	39	32.5	11	30.6
	<b>Ensino Secundário</b>	3	10.0	24	19.9	8	22.3
	<b>Ensino superior</b>	0	0.0	16	13.3	5	13.9

Classificação Profissões companheiro	Nacional relativa	de ao	1	0	0.0	3	2.5	2	5.9
			2	0	0.0	13	10.8	4	11.8
			3	2	7.1	11	9.2	3	8.8
			4	2	7.1	4	3.3	2	5.9
			5	3	10.7	19	15.8	5	14.7
			6	3	10.7	3	2.5	1	2.9
			7	14	50.0	54	40.0	11	32.8
			8	2	7.1	12	10	3	8.8
			9	2	7.1	1	0.8	3	8.8
Estatuto companheiro	laboral	do	No activo	23	76.7	113	92.6	36	97.3
			Desempregado	5	16.7	9	7.4	1	2.7
			Outro	2	6.7	0	0.0	0	0.0
Constituição familiar	do	agregado	Apenas o Companheiro	6	20.0	38	31.1	7	18.9
			Companheiro e filhos	11	36.7	74	60.7	26	70.3
			Companheiro e outros familiares	12	40.0	10	8.2	3	8.1
			Apenas outros familiares	1	3.3	0	0.0	1	2.7
Nível socioeconómico			I	1	3.3	12	9.8	8	21.6
			II	4	13.3	32	26.2	7	18.9
			III	18	60.0	67	54.9	18	48.6
			IV	5	16.7	9	7.4	4	10.8
			V	2	6.7	2	1.6	0	0.0
Realização de tratamentos de fertilidade				0	0.0	4	3.3	1	2.7
Paridade			Primíparas	18	60.0	44	36.1	10	27
			Múltipara	12	40.0	78	63.9	27	73

<b>Planeamento da gravidez</b>		19	63.3	97	79.5	27	73
<b>Consumo de substâncias</b>	<b>Álcool</b>	1	3.3	4	3.3	2	5.4
	<b>Tabaco</b>	4	13.3	10	8.2	2	5.4
<b>Complicações pós-parto que resultaram na separação precoce entre a mãe e o bebé</b>		0	0.0	7	5.7	3	8.1
<b>Sexo do recém-nascido</b>	<b>Masculino</b>	19	63.3	62	50.8	17	45.9
	<b>Feminino</b>	11	36.7	60	49.2	20	54.1
<b>Avaliação da gravidez</b>	<b>“Muito negativa”</b>	0	0.0	0	0.0	1	2.7
	<b>“Negativa”</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	<b>“Um pouco negativa”</b>	1	3.3	2	1.6	3	8.1
	<b>“Nem negativa, nem Positiva”</b>	1	3.3	3	2.5	1	2.7
	<b>“Um pouco positiva”</b>	1	3.3	8	6.6	2	5.4
	<b>“Positiva”</b>	12	40.0	57	46.7	16	43.2
	<b>“Muito positiva”</b>	15	50.0	52	42.6	14	37.8
	<b>“Muito negativa”</b>	0	0.0	0	0.0	1	2.7
<b>Avaliação da vivência do parto</b>	<b>“Negativa”</b>	0	0.0	5	4.1	2	5.4
	<b>“Um pouco negativa”</b>	2	6.7	14	11.5	5	13.5
	<b>“Nem negativa, nem Positiva”</b>	5	16.7	9	7.4	4	10.8
	<b>“Um pouco positiva”</b>	4	13.3	14	11.5	4	10.8
	<b>“Positiva”</b>	12	40.0	58	47.5	17	45.9
	<b>“Muito positiva”</b>	7	23.3	22	18.0	4	10.8

*Nota.* 1 – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa; 2 – Especialistas das profissões intelectuais e científicas; 3 – Técnicos e profissionais de nível intermédio; 4 – Pessoal administrativo e similares; 5 – Pessoal dos serviços e vendedores; 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas; 7 – Operários, artífices e trabalhadores similares; 8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem; 9 – Trabalhadores não qualificados

I – Classe Alta; II – Classe Média alta; III – Classe média; IV – Classe média baixa; V – Classe Baixa

**Tabela A2** – Comparação dos três grupos etários, relativamente às variáveis categoriais – Frequências, Médias e Desvios-padrão

	Grupo etário entre os			Grupo etário entre os			Grupo etário entre os		
	19 e os 26 anos			27 e os 35 anos			36 e os 44 anos		
	N	M	DP	N	M	DP	N	M	DP
<b>Idade da mãe</b>	30	23.60	2.09	122	30.89	2.43	37	38.38	2.41
<b>Duração da situação conjugal</b>	30	36.62	27.80	122	71.58	46.26	37	100.46	66.74
<b>Número de anos de estudos realizados com sucesso</b>	30	9.72	2.36	122	10.93	3.87	37	11.64	5.18
<b>Número de anos de estudos realizados com sucesso pelo companheiro</b>	30	8.73	2.05	120	9.92	3.74	36	9.89	3.79
<b>Número de gravidezes anteriores</b>	13	1.15	0.56	82	1.38	0.78	27	2.07	1.57
<b>Número de gravidezes interrompidas</b>	1	0.07	0.25	4	0.19	0.58	3	0.41	0.87
<b>Idade aquando da primeira gravidez</b>	13	19.85	2.67	82	23.52	3.48	27	26.78	4.59
<b>Duração da gestação da primeira gravidez (em semanas)</b>	11	39.27	1.27	72	39.01	2.22	21	39.76	1.67
<b>Duração da última gestação (em semanas)</b>	30	39.60	1.10	122	39.31	1.64	37	39.38	1.32
<b>Idade do recém-nascido (em dias)</b>	30	3.07	6.10	122	3.25	6.48	37	4.46	8.51
<b>Peso do recém-nascido (em Kg)</b>	30	3.46	0.41	122	3.25	0.54	37	3.25	0.50
<b>Comprimento do recém-nascido (em cm)</b>	30	47.93	1.81	122	47.97	2.64	37	48.48	2.02

*Nota.* N – Frequência; M – Média; DP – Desvio-padrão

## Anexo VI – Análise em Componentes Principais

**Tabela A3** – Matriz das componentes, após a extracção forçada de três factores e rotação Varimax

	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>
“Afectuosa”	- 0.358	0.444*	0.115
“Ressentida”	0.464*	- 0.040	0.085
“Neutra/Sem sentimentos”	0.008	- 0.032	0.024
“Alegre”	- 0.188	0.545*	- 0.088
“Desgostosa”	0.844*	- 0.141	- 0.001
“Protectora”	- 0.445*	0.537*	0.111
“Desiludida”	0.698*	- 0.115	0.231
“Agressiva”	0.538*	- 0.266	- 0.212
“Rejeitante”	0.583*	- 0.027	0.320
“Preocupada”	- 0.043	0.187	0.420*
“Zangada”	- 0.059	- 0.419*	0.296
“Feliz”	- 0.150	0.639*	- 0.212
“Entusiasmada”	- 0.115	0.650*	0.134
“Triste”	0.223	- 0.020	0.522*
“Irritada”	0.135	- 0.129	0.579*
“Desinteressada”	0.936*	- 0.113	0.009
“Ambivalente”	- 0.049	0.032	0.502*
“Amorosa”	0.198	0.752*	0.028
“Vazia”	0.368	0.060	0.298
“Saturada”	- 0.083	- 0.153	0.646*
“Curiosa”	- 0.201	0.240	0.238
“Próxima”	- 0.473*	0.630*	0.099
“Distante”	0.679*	- 0.199	- 0.133
“Carinhosa”	- 0.003	0.711*	- 0.049
“Orgulhosa”	- 0.231	0.591*	0.152
“Confusa/Sem saber o que sente”	0.070	- 0.011	0.527*

Nota: \*>0.4

## Anexo VII – Verificação da Consistência Interna das sub-escalas, através dos Alphas de Cronbach



**Tabela A4** – Valores da consistência interna da sub-escala “Bonding Rejeitante”, caso o item seja eliminado

	<b>Alpha de Cronbach</b>
<b>“Ressentida”</b>	0.796
<b>“Desgostosa”</b>	0.636
<b>“Desiludida”</b>	0.658
<b>“Agressiva”</b>	0.732
<b>“Rejeitante”</b>	0.688
<b>“Desinteressada”</b>	0.693
<b>“Distante”</b>	0.709

**Tabela A5** – Valores da consistência interna da sub-escala “Bonding Rejeitante”, depois da eliminação do item “Ressentida”

	<b>Alpha de Cronbach</b>
<b>“Desgostosa”</b>	0.705
<b>“Desiludida”</b>	0.746
<b>“Agressiva”</b>	0.799
<b>“Rejeitante”</b>	0.788
<b>“Desinteressada”</b>	0.750
<b>“Distante”</b>	0.774

**Tabela A6** – Valores da consistência interna da sub-escala “Bonding Aceitante”, caso o item seja eliminado.

	<b>Alpha de Cronbach</b>
“Afetuosa”	0.826
“Alegre”	0.822
“Protectora”	0.814
“Zangada”(invertido)	0.838
“Feliz”	0.815
“Entusiasmada”	0.815
“Amorosa”	0.815
“Próxima”	0.801
“Carinhosa”	0.812
“Orgulhosa”	0.817

**Tabela A7** – Valores da consistência interna da sub-escala “Bonding Desanimado”, caso o item seja eliminado

	<b>Alpha de Cronbach</b>
“Preocupada”	0.598
“Triste”	0.433
“Irritada”	0.386
“Ambivalente”	0.383
“Saturada”	0.360
“Confusa/Sem saber o que sente”	0.361

**Tabela A8** – Valores da consistência interna da sub-escala “Bonding Desanimado”, depois da eliminação do item “Preocupada”

	<b>Alpha de Cronbach</b>
“Triste”	0.604
“Irritada”	0.545
“Ambivalente”	0.558
“Saturada”	0.474
“Confusa/Sem saber o que sente”	0.515

Anexo VIII - Testes t para Analisar a Importância das Variáveis Quantitativas nos Três Grupos Etários.

**Tabela A9** – Testes t simultâneos para duas amostras: comparação entre as mães dos grupo 3 grupos etário

	t	t	t
	Grupo etário 16-26 e grupo etário 27-35	Grupo etário 27-35 e grupo etário 34-44	Grupo etário 16-26 e grupo etário 36-44
Número de anos de estudos realizados com sucesso	0.103**	0.374	0.065**
Número de anos de estudos realizados com sucesso pelo companheiro	0.097**	0.969	0.140**
Número de gravidezes anteriores	0.322	0.003*	0.048*
Número de gravidezes interrompidas	0.263	0.080**	0.042*
Idade aquando da primeira gravidez	0.000*	0.000*	0.000*
Duração da gestação aquando da primeira gravidez (em semanas)	0.707	0.156	0.403
Tempo decorrido entre o nascimento do primeiro filho e a data da entrevista (em anos)	0.003*	0.000*	0.000*
Duração da gestação (em semanas)	0.375	0.840	0.465
Idade do recém-nascido (em dias)	0.886	0.360	0.454
Peso do recém-nascido (em kg)	0.363	0.955	0.435
Comprimento do recém-nascido (em cm)	0.938	0.282	0.253

*Nota.* \* p<.05; \*\*p<.10

## Anexo IX – Análise da Variância Multivariada (MANOVA)

**Tabela A10 – Pillai’s Trace, Wilks’ Lambda, Hotlling’s Trace e Roy’s Largest Root**

	<b>F</b>	<b>p</b>
Pillai’s Trace	1.903	0.079
Wilks’ Lambda	1.916	0.077
Hotlling’s Trace	1.928	0.075
Roy’s Largest Root	3.669	0.013

**Tabela A11 – Tukey HSD**

<b>Tipo de “Bonding”</b>	<b>Grupo etário</b>		<b>Sig.</b>
<b>“Rejeitante”</b>	1	2	0.036
		3	0.088
	2	3	0.996
<b>“Aceitante”</b>	1	2	0.956
		3	0.996
	2	3	0.908
<b>“Desanimado”</b>	1	2	0.532
		3	0.310
	2	3	0.729